



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Trabajo de grado previo a la obtención del Título de Psicólogo Clínico

TRABAJO DE GRADUACIÓN

Título del Proyecto:

**METACOGNICIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON
ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN, DE QUITO,
PERIODO MAYO – OCTUBRE 2016.**

Autores:

ÁNGEL PAUL GÓMEZ GUADALUPE

JORGE RÓMULO TUMAILLI VEGA

Tutor:

PSI. CL. DAVID MOSCOSO

RIOBAMBA - ECUADOR

2016

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL

Los miembros del Tribunal de Graduación del proyecto de investigación de título: METACOGNICIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN, DE QUITO, PERIODO MAYO – OCTUBRE 2016. Presentado por: Gómez Guadalupe Ángel Paul y Tumailli Vega Jorge Romulo y dirigida por: Ps. Cl. David Moscoso.

Una vez escuchada la defensa oral y revisado el informe final del proyecto de investigación con fines de graduación escrito en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, remite la presente para uso y custodia en la biblioteca de la Facultad de Facultad de Ciencias de la UNACH.

Para constancia de lo expuesto firman:

Dra. Rocío Tenezaca Mgs.

Presidenta del Tribunal



Firma

Ps. Cl. Diego Santos Mg.

Miembro del Tribunal



Firma

Ps. Cl. David Moscoso

Tutor de tesina



Firma

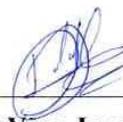
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

“La responsabilidad del contenido de este Proyecto de Graduación, nos corresponde exclusivamente a: Gómez Guadalupe Ángel Paul y Tumailli Vega Jorge Romulo y del Director del Proyecto Ps. Cl. David Moscoso; el patrimonio intelectual de la misma a la Universidad Nacional de Chimborazo.”



Gómez Guadalupe Ángel Paul

C.I: 0604279513



Tumailli Vega Jorge Romulo

C.I: 060414672



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICADO

Se certifica que los señores Gómez Guadalupe Ángel Paul con C.I. 0604279513 y Tumailli Vega Jorge Romulo con C.I. 0604146712, egresados de la Carrera de Psicología Clínica, revisado el informe final del proyecto de investigación escrito, en el cual se ha constatado el cumplimiento de las observaciones realizadas, se encuentran aptos para presentarse a la defensa pública de su tema de tesina: “ METACOGNICIÓN Y HABILIDADES SOCIALES EN PACIENTES CON ESQUIZOFRENIA DEL INSTITUTO PSIQUIÁTRICO SAGRADO CORAZÓN, DE QUITO, PERIODO MAYO – OCTUBRE 2016 ”.

Quito, 04 de Octubre de 2016

PS.CL. DAVID MOSCOSO

TUTOR



AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por permitirnos construir la meta de realizar este proyecto de investigación, otorgando la fuerza y optimismo para poder concluirlo y cumplir con este trabajo de graduación.

A nuestra familia que ha estado presente durante todo el tiempo y mostrado su apoyo incondicional en este proceso de vida académico.

Al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón por abrir sus puertas para la investigación, estudio.

Al Ps. Cl. David Moscoso, en calidad de director del proyecto de graduación, por su asesoría, paciencia y apoyo para la culminación de este trabajo.

DEDICATORIA

Dedicar este trabajo fundamentalmente a mi familia pues ellos fueron el pilar de apoyo para realizar mis sueños, agradezco a los maestros quienes han sido los escultores del conocimiento que hoy poseo, principalmente a la Dra. Isabel Cando, Byron Boada, David Moscoso, German Mármol pues ellos lograron que amara aún más esta carrera.

ÁNGEL GOMEZ

Dedicar este trabajo a mi familia, que es mi ayuda y fuerza, durante todo mi proceso educativo y formativo, brindando el apoyo y compañía con las ganas de seguir adelante. También al Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón que permitió el acceso al trabajo de investigación.

JORGE TUMAILLI

ÍNDICE GENERAL

AUTORIZACIÓN DEL TRIBUNAL	II
AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	III
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
ÍNDICE GENERAL	VII
ÍNDICE DE TABLAS	IX
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	X
RESUMEN	XI
ABSTRACT	XII
INTRODUCCIÓN.....	XIII
CAPÍTULO I	3
Marco Referencial.....	3
1.1 Problema de Investigación.....	3
1.2 Problematización del Problema	3
1.3 Formulación del Problema	5
1.4 Preguntas Directrices o Problemas Derivados	5
1.5 Objetivos.....	6
1.5.1 Objetivo General.....	6
1.5.2 Objetivos Específicos.....	6
1.6 Justificación	6
CAPÍTULO II	8
Marco Teórico.....	8
2.1 Antecedentes de Investigaciones Realizadas	8
Teoría de la mente en la esquizofrenia.....	8
Teoría de la mente en esquizofrenia y su relación con otras variables	9
La Teoría de la Mente es Importante para el Funcionamiento Social Adecuado.....	9
2.2 Fundamentación Teórica.....	10
2.2.1 Esquizofrenia	10
2.2.2 Metacognición.....	15
2.2.3 Habilidades Sociales	26
2.3 Plan Terapéutico para el Entrenamiento de la Metacognición.....	36

2.3.1 Manejo Terapéutico de la Teoría de la Mente	37
2.3.2 Modo de Aplicación.....	37
2.3.3 Sesiones y Temáticas	38
2.4 Variables	47
2.4.1 Variable Independiente	47
2.4.2 Variable Dependiente.....	48
2.5 Definición de Términos Básicos	48
CAPITULO III.....	51
Marco Metodológico.....	51
3.1 Diseño de la Investigación	51
3.1.1 Transversal.....	51
3.2 Tipo de Investigación.....	51
3.2.1 De Campo	51
3.2.2 Bibliográfico	51
3.3 Del Nivel de la Investigación.....	51
3.3.1 Descriptiva	51
3.4 Población y Muestra	52
3.4.1 Población.....	52
3.4.2 Muestra	52
3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	53
3.5.1 Técnicas	53
3.5.2 Instrumentos.....	53
3.5 Procedimiento para el Análisis e Interpretación de Resultados	54
CAPITULO IV.....	56
4.1 Análisis e Interpretación de Resultados	56
CAPITULO V	62
Conclusiones y Recomendaciones	63
5.1 Conclusiones.....	63
5.2 Recomendaciones	65
Bibliografía	66
ANEXOS	71

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla Nº 1 Resultados y puntuaciones de la Escala de Metacognición TMMS-24.....	54
Tabla Nº 2 Resultados y puntuaciones de la Escala de Habilidades Sociales	56
Tabla Nº 3 Resultados comparativos entre las Escalas de Metacognición y Habilidades Social.....	58

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico Nº 1 Resultados de la Escala de Metacognición en Varones	54
Gráfico Nº 2 Resultados de la Escala de Metacognición en Mujeres	57
Gráfico Nº 3 Resultados de la Escala de Habilidades Sociales en Varones	59

RESÚMEN

El presente proyecto de investigación titulado: Metacognición y habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, de Quito, periodo Mayo – Octubre 2016. Con el objetivo general de determinar la influencia de la metacognición en las habilidades sociales de pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón. El diseño de la investigación fue no experimental, cuantitativa, el tipo de investigación fue de campo y el nivel de la investigación descriptiva. La población que compone el estudio representan 35 pacientes internados de la unidad de psiquiatría varones y mujeres, para la muestra en base a los criterios de exclusión e inclusión se seleccionó a 14 pacientes, entre 35 a 50 años de edad. Los instrumentos manejados fueron la Escala de Metacognición TMMS-24 que mide el metaconocimiento de los estados emocionales y la Escala de Habilidades Sociales de Gismoero que determinó el nivel de seis dominios de las habilidades sociales. Los resultados del trabajo de investigación determinaron la influencia de los procesos metacognitivos en las habilidades sociales, también se evidenció entre varones y mujeres, que los varones presentaron un mayor deterioro de la metacognición. En los valores de la escala de habilidades sociales las mujeres tuvieron menores niveles que los hombres. De la investigación y mediante el análisis de los resultados se presentó un plan terapéutico para tratar los procesos metacognitivos de la teoría de la mente para mejorar el entorno de funcionamiento social del paciente y la calidad de vida.

ABSTRACT

This research Project entitled: Metacognition and social skills in patients with schizophrenia of the “Instituto Psiquiatrico Sagrado Corazon”, Quito, period May to October 2016, has the general objective to determine the association of metacognition in social skills in patients with schizophrenia “Instituto Psiquiatrico Sagrado Corazon, Quito”,. The research population were patients with schizophrenia units psychiatry men and women, with a total of 35 patients.

The research design is not experimental and qualitative research in the transverse field and level of descriptive research, psychological scales how Metacognition Scale and the Gismero’s Scale of Social skills was used to determine the extent and level of respective variables and corroborate the information. The results show an association between decline processes metacognition and disturbed social skills, also differences in Deterior of metacognitive abilities between men and women was obtained, resulting in a further deterioration in the male population. Research and by analyzing the results a treatment plan is presented to treat metacognitive processes of mind’s theory to improve life quality and social functioning of the patient’s environment

Reviewed by:



Dra. Marcela Suarez C.



LANGUAGE CENTER TEACHER

INTRODUCCIÓN

La metacognición y su asociación con las habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia son procesos importantes que configuran el rendimiento social, la metacognición está compuesta por procesos que permiten comprender y predecir los comportamientos de otras personas, implica entender que los deseos, creencias e intenciones de los demás difieren de las de nosotros (Tirapu, 2007). En la esquizofrenia la metacognición se estudió con la teoría de la mente, siendo este un componente de la cognición social.

El rendimiento social en la esquizofrenia está afectado por el deterioro de procesos metacognitivos. Un estudio de Shamay, Shur y Levkovitz, (2007) titulado la teoría de la mente es importante para el funcionamiento social, demuestran la relevancia entre la relación de procesos metacognitivos con el déficit social. La importancia de los problemas relacionados a la esfera social son factores que influyen en el proceso del deterioro propio de la esquizofrenia.

Es importante comprender cómo los procesos de la teoría de la mente guardan relación con diferentes áreas de las habilidades sociales. En los pacientes con esquizofrenia estas habilidades están alteradas afectando al rendimiento social, esto significa un deterioro en la capacidad de socializar con su familia, terapeuta y compañeros. Las relaciones sociales son necesarias para una adaptación en el proceso terapéutico.

En el Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, los procesos metacognitivos en los pacientes con esquizofrenia están alterados, afectando su percepción e interpretación de situaciones que comprometen la socialización con los demás, haciendo deducciones que no están sujetas a la realidad. El objetivo general de este proyecto consiste en determinar la asociación que se presenta entre la metacognición y las habilidades sociales de pacientes con esquizofrenia del

Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, en este estudio se plantea que la alteración de la metacognición se asocia con el deterioro de las habilidades sociales.

El presente trabajo de investigación, está compuesto de cinco (V) capítulos, que son los siguientes:

CAPÍTULO I: este capítulo contiene el problema de investigación, problematización, formulación del problema, los objetivos planificados a cumplir y la justificación.

CAPÍTULO II: abarca el marco teórico correspondiente al fundamento teórico, la hipótesis que se plantea en la investigación y la definición de las variables.

CAPÍTULO III: se engloba el marco metodológico y corresponde al tipo, diseño y nivel de investigación, la población y muestra, las técnicas e instrumentos con los que se utilizados para abordar esta investigación.

CAPÍTULO IV: en este capítulo incluye el análisis de interpretación de datos y corresponde al conjunto de resultados que están en representaciones gráficas.

CAPÍTULO V: se menciona las conclusiones y recomendaciones del proyecto de investigación.

CAPÍTULO I

Marco Referencial

1.1 Problema de Investigación

Los procesos metacognitivos en la esquizofrenia se caracterizan por un estado de deterioro que afectan el rendimiento social y en consecuencia influyen en el deterioro de las habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, problema que se investiga durante el periodo mayo a octubre.

1.2 Problematización del Problema

Para la OMS (2016), la esquizofrenia es un trastorno mental grave que afecta a más de 21 millones de personas, además, los individuos diagnosticados con esta patología tienen entre 2 y 2,5 veces más probabilidades de morir a una temprana edad que el conjunto de la población, también indica que esta patología es más frecuente en hombres (12 millones) que en mujeres (9 millones).

En Ecuador, el Ministerio de Salud Pública, mediante el informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador (2008), expone que el diagnóstico de mayor prevalencia de los pacientes ingresados a los cinco hospitales psiquiátricos es de esquizofrenia (38%) esto seguido de otras patologías con menor porcentaje.

En la esquizofrenia la metacognición constituye un pilar fundamental en la cognición social que está compuesta por distintos dominios, la teoría de la mente es un dominio que describe los procesos metacognitivos que están alterados y son esenciales para el adecuado funcionamiento social y manejo de las habilidades sociales.

La alteración de los procesos metacognitivos también implica en efecto que los niveles de atención, percepción y comprensión emocional están caracterizados por ser disfuncionales, además los procesos como la deducción que se realizan sobre las situaciones, las puede calificar o interpretar de forma negativa, reforzando ideas erróneas de los acontecimientos, también los procesos de reflexión en situaciones donde se enfrenta a la comunicación con su familia, compañeros, donde se puede manejar un lenguaje de doble sentido como metáforas, indirectas, ironías o refranes que no son interpretados de forma correcta por parte del paciente precisando de la necesidad de trabajar en un manejo correcto de la información.

El Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito, es una institución privada de las hermanas hospitalarias, que trabaja con pacientes que presentan problemas con drogodependencia o sufren de enfermedades mentales, como la esquizofrenia. Los pacientes con esquizofrenia presentan dificultades en los procesos metacognitivos a causa del deterioro cognitivo propio de la patología, provocando problemas en la dinámica social, relaciones interpersonales y habilidades sociales afectando el rendimiento social. En consecuencia, si la capacidad de reflexionar y evaluar el sentimiento, pensamiento propio y sobre otra persona está presente en las relaciones sociales, con respecto a entender de manera errónea el estado de ánimo de otro individuo en un proceso de interrelación, éste modifica las habilidades sociales de forma negativa, generando problemas en la comunicación del paciente, interpretación de conductas, expresión de sentimientos, distorsión en la percepción emocional con su familia, profesionales dedicados al ejercicio terapéutico del paciente y al proceso psicoterapéutico.

La teoría de la mente implica un proceso importante que influye en las habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia, estos procesos metacognitivos por su relevancia en el

rendimiento social, tienen que incluirse cómo un factor para el debido tratamiento psicológico, la ausencia de atención a la cognición social implica una situación que contribuye a un mayor deterioro social propio en los pacientes con esquizofrenia que afectaría la comunicación e interacción con la familia, compañeros, amigos y la relación terapéutica con los profesionales.

Por medio del presente proyecto de investigación de la metacognición se aporta un plan terapéutico para el tratamiento de los procesos metacognitivos que configuran el rendimiento social, mejorando la interacción de las habilidades sociales.

1.3 Formulación del Problema

¿Influye la metacognición en las habilidades sociales de los pacientes con Esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, de Quito, periodo mayo – octubre 2016?

1.4 Preguntas Directrices o Problemas Derivados

¿Cuál es el grado de las dimensiones metacognitivas en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón?

¿Cuáles son los niveles de habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón?

¿Cómo diseñar un plan terapéutico en base a la metacognición para mejorar las habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón?

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo General

- Determinar la influencia de la metacognición y las habilidades sociales de pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, de Quito, periodo mayo-octubre 2016.

1.5.2 Objetivos Específicos

- Identificar el grado de las metacogniciones en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, de Quito, periodo mayo-octubre 2016.
- Establecer el nivel de las habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, de Quito, periodo mayo-octubre 2016.
- Diseñar el plan terapéutico en base a la metacognición para mejorar las habilidades sociales, de Quito, periodo mayo-octubre 2016.

1.6 Justificación

La importancia del presente proyecto de investigación está enfocada en el estudio los procesos metacognitivos en base a la teoría de la mente que consisten en un conjunto de capacidades que conforman la cognición social y constituyen componentes importantes para la adecuada adaptación social de los pacientes con esquizofrenia (Serra, 2015).

Es importante entender cómo la asociación de procesos metacognitivos a las habilidades sociales afectan en actividades como la comunicación y relación interpersonal con la familia, compañeros, terapeuta que conforman ese conjunto de la dinámica social. Las habilidades sociales se consideran un factor muy importante dentro del proceso de rehabilitación, porque el deterioro social implica un índice que puede agravar el curso de la patología.

El abordaje de los procesos metacognitivos como lo son el: darse cuenta que otras personas piensan y opinan de forma diferente, deducción de información hacia otras personas, lenguaje en doble sentido, manejo de la información, es importante para el abordaje terapéutico de los pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón como beneficiarios directos, porque permite comprender y determinar la influencia que ejercen en las habilidades sociales, también constituye un aporte para la dinámica social con los familiares, cuidadores, terapeutas ocupacionales y psicólogos encargados del servicio terapéutico.

A demás mediante el cumplimiento de la elaboración de un plan terapéutico para los pacientes con esquizofrenia dirigido al entrenamiento de la teoría de la mente se considera de utilidad para tratar procesos metacognitivos cómo las deducciones, manejo de información y aporta una visión realista en el paciente del conocimiento que posee sobre las demás personas, mejorando el rendimiento social de los mismos.

La factibilidad del presente proyecto cuenta la colaboración del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón y de los profesionales responsables en el tratamiento con los pacientes con esquizofrenia, además de contar con la disponibilidad del material bibliográfico respectivo y la fundamentación teórica de las variables, lo que permite la viabilidad de la planificación del estudio de investigación.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

2.1 Antecedentes de Investigaciones Realizadas

Teoría de la mente en la esquizofrenia

Esta investigación publicada en el año 2007 y realizada por Guinea, A., Tirapu, J., Pollán, M. en el servicio de neuropsicología y neuropsiquiatría de la Clínica Ubarmin del Servicio Navarro de Salud, tiene el objetivo de evaluar la teoría de la mente en paciente del espectro de esquizofrenia. El estudio se lleva a cabo mediante una muestra compuesta de 40 sujetos; 20 pacientes diagnosticados del espectro de la esquizofrenia y 20 sujetos control equiparados por la edad y nivel educativo. Se utiliza las siguientes pruebas: creencias de primer y segundo orden, historias extrañas de Happé; faux past test; test de la mirada; dilema moral, prueba de reconocimiento facial de emociones. A los pacientes se les aplico la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo PANSS, para la valoración del estado psicopatológico en el momento de la evaluación. Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas entre los dos grupos en algunas pruebas aplicadas, en pruebas de procesamiento cognitivo como en pruebas en las que es necesario un procesamiento emocional de la información. En las pruebas Creencias de segundo orden; Faux Pas; test de la mirada y la prueba de reconocimiento de expresiones faciales. También aporta en que muchas de las investigaciones que se centran en cómo los déficits en la capacidad metarrepresentativa determinan el nivel de adaptación social, y en los casos de esquizofrenia el deterioro funcional y social podrían ser explicadas en gran parte por estos problemas en la atribución de estados mentales y especialmente emocionales.

Teoría de la mente en esquizofrenia y su relación con otras variables

El presente trabajo de investigación lo realiza el Centro de Rehabilitación Psicosocial Padre Menni y realizado por Bengochea, R., Gil, D., Fernández, M., Arrieta, M. con el objetivo de valorar la relación de la teoría de la mente en la esquizofrenia con las variables: sintomatología, el deterioro cognitivo, funcionamiento psicosocial, e insight, la muestra está compuesta por 43 pacientes diagnosticados de esquizofrenia que acuden al Centro de Rehabilitación Psicosocial perteneciente al Centro Hospitalario Padre Menni de Santander, las pruebas utilizadas fueron el Hinting Task para valorar la TOM, la Escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS), el Test Barcelona para el deterioro cognitivo y la Escala para Evaluar el desconocimiento del Trastorno Mental (SUMD) para el insight. En los resultados se relacionó la teoría de la mente con la atención y la memoria; no así con la sintomatología, salvo con el pensamiento estereotipado. Se observó una correlación entre el insight y la teoría de la mente, si bien no llegó a ser significativa, estos resultados apoyan que el deterioro de la TOM podría deberse a un déficit en funciones cognitivas básicas, como la atención y memoria. La relación con la sintomatología permite concluir que el déficit en la TOM es un rasgo estable.

La Teoría de la Mente es Importante para el Funcionamiento Social Adecuado

En esta investigación realizada por Shamay Tsoory S, Shur S, Levkovitz Y colaboradores, donde indica que los pacientes con esquizofrenia presentan trastornos del desempeño social y en la percepción de las emociones, la teoría de la mente lo considera importante para el rendimiento adecuado en el funcionamiento social adaptativo. El objetivo es evaluar el desempeño de los pacientes esquizofrénicos por medio de la comparación de la capacidad cognitiva y afectiva de la teoría de la mente. En esta investigación se evaluaron a 22 pacientes adultos de 18 a 60 años, ambulatorios u hospitalizados diagnosticados con esquizofrenia. El grupo de referencia por 55

individuos. Los resultados arrojados por este estudio es que los pacientes con esquizofrenia presentan un trastorno de la teoría de la mente afectiva más que uno generalizado de dicha teoría, la teoría de la mente no sólo se relaciona con los síntomas negativos sino con el estado global del paciente, es decir el déficit sería de importancia clínica en factores de conducta social y elección del tratamiento psicológico a administrar. El déficit de la teoría afectiva de la mente fue independiente de las características demográficas de los pacientes, los resultados de este estudio coinciden con lo argumentado en estudios previos.

2.2 Fundamentación Teórica

2.2.1 Esquizofrenia

La esquizofrenia es una patología mental que está compuesta por los síntomas psicóticos, alucinaciones, ideas delirantes y conducta desorganizada. La esquizofrenia es objeto de investigaciones que buscan su etiología definitiva, existen distintas teorías que estudian y explican mediante diversos factores, la causa de esta enfermedad mental. Para Bennasar (2010) los factores ambientales en el momento actual, el papel de los factores sociales está en base a dos grupos de datos, las posibles variaciones en la incidencia y las recaídas relacionados a los acontecimientos vitales y a una alta expresividad emocional en las familias, también concluye que los resultados empíricos indican que los factores ambientales y psicosociales son responsables en la producción de variaciones en la incidencia de la esquizofrenia. Otro factor que explica es el genético, donde si se considera todas las investigaciones en genética que dispone la ciencia podemos deducir que no existe todavía el gen responsable hacia la vulnerabilidad de la esquizofrenia.

Es importante tener en cuenta que la esquizofrenia no consiste en una patología cerebral focal, las investigaciones en neuropsicología mediante técnicas de neuroimagen que esta enfermedad no tiene una localización precisa, además la esquizofrenia no es una patología degenerativa, porque no existe una pérdida neural (Bennasar, 2010).

2.2.1.1 Sintomatología. La esquizofrenia está compuesta síntomas positivos y negativos, cómo síntomas positivos encontramos la autorreferencia, ideas delirantes, ideas delirantes de perjuicio, persecución, y las alucinaciones que pueden ser visuales, auditivas con mayor frecuencia. Los síntomas negativos son el aplanamiento afectivo, abulia, apatía, pérdida en el interés por las relaciones sociales, alogia, pensamiento concretista y pérdida de intereses. Otros síntomas son de carácter desorganizado, cómo la desorganización en el pensamiento, circunstancialidad, tangencialidad, pensamiento laxo y desorganización conductual (Fig. 1).

Síntomas positivos	Síntomas negativos
Delirios	Aplanamiento afectivo
Alucinaciones	Pérdida de la motivación
Lenguaje desorganizado	Aislamiento social
Conductas motoras inusuales	Pérdida de los sentimientos de placer
Conducta desorganizada	

Figura 1. Sintomatología de la Esquizofrenia
Fuente: Torres, C. Esquizofrenia, 2012

2.2.1.2 Criterios diagnósticos. Los manuales utilizados para recurrir al compendio de diagnósticos son el manual DSM V y el CIE 10. Para la CIE 10 los criterios son los siguientes:

1. Difusión, eco, robo del pensamiento.
2. Presencia de ideas delirantes de control, influencia u otros tipos de percepciones delirantes.
3. Alucinaciones auditivas, el paciente escucha voces, incluso discute con las voces.
4. Ideas delirantes como de índole religiosa o de otro tipo, que son persistentes.
5. Alucinaciones persistentes, acompañado de ideas delirantes, ideas sobrevaloradas que se presentan durante semanas o meses.
6. Bloqueo en el pensamiento, caracterizado por lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente.
7. Presencia de alteraciones de la motricidad como la motricidad, como excitación motora, flexibilidad cérica, negativismo, estupor y mutismo.
8. Sintomatología negativa, como apatía, disminución del lenguaje embotamiento afectivo, aplanamiento afectivo.
9. Pérdida de interés, falta de objetivos, aislamiento social.

2.2.1.3 Consecuencias de la esquizofrenia

2.2.1.3.1 Discapacidad social. Se considera una discapacidad a cualquier restricción o falta de habilidad para desarrollar una actividad en la manera o dentro del rango considerado normal para un individuo en su propio medio socio cultural (Fig. 2).

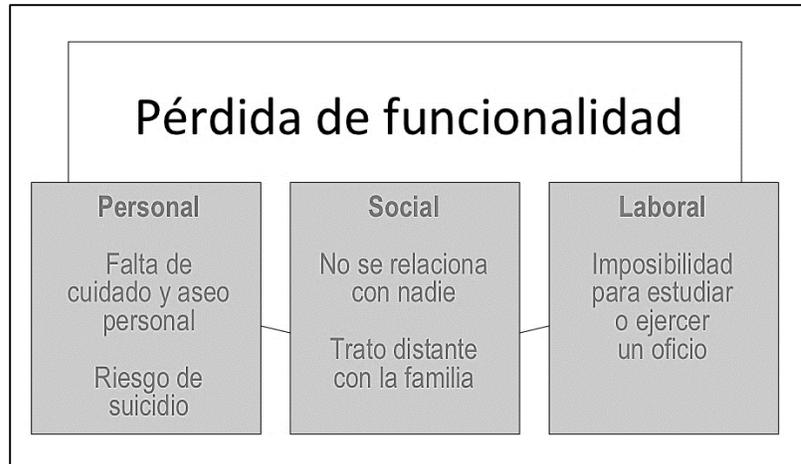


Figura 2. Consecuencias de la Esquizofrenia
Fuente: Torres, C. Esquizofrenia. (2012).

En la esquizofrenia, la discapacidad puede afectar el funcionamiento social en varias áreas, principalmente en:

- Autocuidado
- Rendimiento Ocupacional
- Funcionamiento en Roles Familiares
- Funcionamiento en Roles Sociales

2.2.1.3.2 Estigma social. Existe un estigma fuertemente asociado al diagnóstico de Esquizofrenia. De este se desprenden varias consecuencias adversas: el uso de un lenguaje peyorativo, barreras para encontrar trabajo o vivienda, acceso restringido a servicios sociales, escasas posibilidades de conseguir pareja, aumento de posibilidades de un mal tratamiento e institucionalización. El estigma se encuentra profundamente enraizado en la sociedad, con grados variables según la cultura en la cual se desenvuelve el individuo. El estigma opera incluso en los servicios de salud; a menudo de una manera sutil con actitudes de rechazo hacia los

usuarios y perpetuando prácticas que favorecen la segregación, la dependencia y la falta de poder.

2.2.1.3.3 Impacto en los cuidadores. Los datos disponibles muestran que la mayoría de las personas con esquizofrenia viven con sus familiares. El sufrimiento de los familiares y de otras personas viviendo en contacto con los pacientes debe ser considerado en varios aspectos:

- El deterioro económico relacionado con la necesidad de mantener al paciente y la pérdida de productividad de la familia.
- Las reacciones emocionales a la enfermedad tales como culpa y temor al futuro.
- El estrés de enfrentarse a conductas anormales.
- La disrupción de rutinas familiares.
- Los problemas derivados de enfrentar el retraimiento social y conductas interpersonales extrañas.
- Restricción de actividades sociales.
- Existen estudios que muestran que el estrés familiar está mucho más relacionado con la apatía, la inactividad o la falla en cumplir con los deberes sociales por parte del paciente que con la presencia de síntomas positivos o trastornos conductuales. Otros estudios muestran que la hostilidad, la violencia y la disrupción de las rutinas familiares normales son las principales fuentes de desgaste familiar.

2.2.1.4 Esquizofrenia y Metacognición.

El estudio de los procesos metacognitivos en la esquizofrenia, se lo investiga mediante la evaluación de la cognición social en la esquizofrenia, procesos de reconocimiento facial de emociones, empatía, juicio y razonamiento, son mecanismos metacognitivos que en el paciente

con esquizofrenia se encuentran alterados. La cognición social durante el transcurso de los últimos años se ha convertido en un tema de interés en la esquizofrenia. Diversas investigaciones, cómo se ilustra en la figura 3, indican la importancia del estudio del componente teoría de la mente de la cognición social, cómo la temática con mayor abordaje de estudio. El nivel de relevancia que ha alcanzado estos procesos metacognitivos se deben a la importancia de la relación que ejercen en la cognición social con el funcionamiento social (habilidades sociales), también el conjunto de trabajos que sustentan el sustrato neuronal de la cognición social y la atención que se ha generado en el desarrollo de programas de intervención en la esquizofrenia mediante el tratamiento de la cognición social (Durá, Martínez, Ruiz, 2012).

2.2.2 Metacognición

2.2.2.1 Metacognición y Cognición social. Antes de ingresar a la cognición social, es importante comprender que la cognición y psicología social son temáticas que surgen en el estudio de la esfera social en psicología. Cuando se habla de psicología social se hace referencia a la ciencia que está encargada del estudio, del pensamiento, los sentimientos y el comportamiento de los seres humanos en general y cómo estos guardan relación con la influencia que reciben de otras personas y la que aplican sobre ésta. El mundo interno de la persona está configurado por un lenguaje interno que lo constituye los pensamientos y que son usados por medio de símbolos y por lo regular se es consciente de algo. En cambio, cuando nos referimos a la cognición es que es de carácter automático, no se es consciente de esta. La cognición y el pensamiento son dos realidades que están en la mentalidad del ser humano, el entender la cognición hace que se pueda recibir cierto grado de conocimiento de cómo y porqué nos comportamos de la manera que lo hacemos. La cognición social constituye un enfoque de la psicología social que está encargada

del estudio de la manera en que la cognición afecta en el comportamiento social. (Vaughan, 2010).

La cognición social entonces se compone de constructos cognitivos que configuran el comportamiento social del individuo. La acción de conocer, entender el comportamiento humano, demanda de procesos que van más allá de las funciones ejecutivas, la comprensión por parte de una persona hacia otra de la conducta e intenciones ingresan en un análisis metacognitivo.

Los procesos metacognitivos en la esquizofrenia se estudia por medio de la teoría de la mente que conforma uno de los componentes de la cognición social. Para Rodríguez y Touriño (2010) la cognición social está conformada por diferentes componentes cómo lo son: el procesamiento emocional, la percepción social, teoría de la mente, esquemas sociales, conocimiento social y estilo atribucional. Los procesos que constituyen la cognición social son reconocidos en el campo científico por parte del proyecto MATRICS, que en el 2003 hace una inclusión de la cognición social cómo una dimensión diferente de los siete ámbitos cognitivos determinantes, que son la velocidad de procesamiento, atención, memoria de trabajo, aprendizaje y memoria verbal, razonamiento y la resolución de problemas. (Fig. 3)

Existen diferentes definiciones de cognición social, Green y Cols lo definen como un:

Conjunto de procesos cognitivos implicados en como elaboramos inferencias sobre las intenciones y creencias de otras personas y como sopesamos factores situaciones y creencias de otras personas y como sopesamos factores situacionales sociales al hacer dichas inferencias. (Como se citó en Rodríguez y Touriño, 2010, p.16)

Otros autores definen a la cognición social de la siguiente manera:

Vaughan explica la cognición social en términos de procesos que se manejan en base a estructuras que configuran la conducta social y lo define de la siguiente manera: “Procesos y estructuras cognitivos que influyen en el comportamiento social y que son influenciados por éste” (2010, p.42).



Figura 3. Procesos de investigación en Esquizofrenia

Penn y Cols mencionan que la cognición social constituye: “Procesos cognitivos implicados en cómo la gente piensa sobre ella misma, otras personas, situaciones sociales e interacciones” (cómo se mencionó en Rodríguez y Touriño, 2010, p.3)

Butman en relación a la neurobiología lo define como un proceso neurobiológico, psicológico y social, por medio del cual se perciben, reconocen y evalúan los eventos sociales,

para construir una representación del ambiente de interacción de los individuos. (como se citó en Uribe, 2010, p.2)

Término multidisciplinar que recoge el conjunto de operaciones mentales que subyacen en las interacciones sociales y que influyen en los procesos implicados en la percepción, interpretación y generación de respuestas, las intenciones, disposiciones del mundo interpersonal. (cómo se mencionó en Rodríguez y Touriño, 2010, p.3)

Cada una de las aportaciones de los autores en la definición de cognición social aportan una visión que lleva al lector a comprender que el término, está compuesto por diferentes definiciones, se entiende que no existe todavía un consenso general en la definición de este tema, cada modelo y explicación lo define según su base y fundamento teórico.

La cognición social también tiene relación con otras áreas de estudios paralelas. Para Serra (2015) estudios indican que la cognición social guarda una estrecha relación con la neurocognición y el funcionamiento social. Para Rodríguez y Touriño (2010) concluyen: “Que el déficit en la cognición social podría estar en el origen de las pobres relaciones interpersonales y el deterioro global del funcionamiento psicosocial en la esquizofrenia” (p.4).

La cognición social está conformada por diferentes procesos básicos que se ilustran en la figura 4.

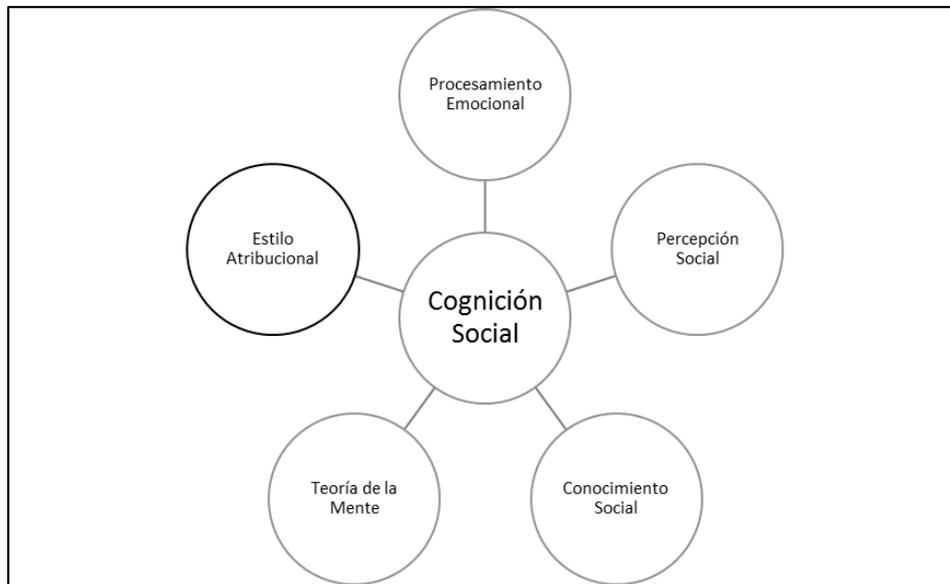


Figura 4. Procesos de la Cognición Social

Cómo se explicó, la metacognición en el estudio de la esquizofrenia se aborda por medio de la teoría de la mente, el conjunto de procesos metacognitivos constituyen materia de estudio de la cognición social y teoría de la mente.

2.2.2.2 Metacognición y la Teoría de la mente. La teoría de la mente es una temática que aborda el estudio complejo de la mente. Para poder comprender este estudio de la mente, es necesario entender el carácter predictivo que caracteriza al cerebro humano. La función de predecir es importante para el proceso de adaptación del ser humano en su entorno social. Esta capacidad predictiva se visualiza mediante el siguiente ejemplo, Juan deja estacionado su auto en un parqueadero en el mismo lugar de siempre, cae la noche y el lugar de estacionamiento no cuenta con suficiente luminaria, entonces Juan con su mano intenta abrir la puerta del carro, pero no se da cuenta que el auto que intenta abrir no es su auto, porque que su auto se encuentra a lado de este, cuando Juan toca la puerta del auto y la intenta abrir siente que algo no anda bien, no es la misma sensación de antes. Esa capacidad de llegar a la conclusión de que algo no va bien, es la función predictiva que lleva a cabo la mente.

La capacidad predictiva en la mente del ser humano se encuentra en las funciones ejecutivas. Al respecto de las funciones ejecutivas y teoría de la mente, Tirapu, Pérez, Erekatxo y Pelegrín (2007) señalan que al hacer referencia a las funciones ejecutivas se está indicando la capacidad de desarrollar soluciones a un problema novedoso por medio de predicciones en base a las consecuencias que generarán dichas soluciones, entonces, nos cabría preguntarse, ¿qué pasa cuando se realiza predicciones sobre las conductas, los pensamientos, las creencias o las intenciones de otros? Mediante el planteamiento de esta pregunta se puede entender que el cerebro también trabaja haciendo predicciones de conductas y pensamientos de otras personas. Es aquí cuando comienza el estudio de la teoría de la mente.

La conceptualización de “teoría de la mente” o por sus siglas TOM hace referencia a:

La habilidad para comprender y predecir la conducta de otras personas, sus conocimientos, sus intenciones y sus creencias. Desde este punto de vista, este concepto se refiere a una habilidad ‘heterometacognitiva’, ya que hacemos referencia a cómo un sistema cognitivo logra conocer los contenidos de otro sistema cognitivo diferente de aquel con el que se lleva a cabo dicho conocimiento. (Tirapu, Pérez, Erekatxo y Pelegrín, 2007, p. 479)

Este aporte nos indica el carácter metacognitivo que posee la teoría de la mente, la metacognición está en el punto de conocer un sistema cognitivo desde un sistema cognitivo diferente. La capacidad metacognitiva en los estudios relacionados a la mente, abarca diferentes áreas de investigación como se indicó al principio, como lo es en la teoría del aprendizaje, pedagogía, psicología, etc.

La terminología que se utiliza para hacer referencia a la capacidad de comprender y predecir conductas, pensamiento, emociones de otros es variada, y se utiliza términos como, TOM,

cognición social, mentalización, psicología popular, psicología intuitiva o conducta intencional. El lector se dará cuenta que el uso en este proyecto de investigación se delimita en términos a la TOM, porque los estudios realizados en la esquizofrenia se los hace mediante la teoría de la mente.

2.2.2.2.1 Antecedentes sobre teoría de la mente. Al remontarse al estudio de la TOM se encuentra el trabajo pionero de Premack y Woodruff, estudio realizado a finales de los años ochenta, este estudio consistió en el intento por demostrar que los chimpancés tenían una capacidad de comprender la mente humana, en esta investigación se realizaron experimentos, cabe aclarar que estos animales tenían un contacto habitual con humanos, este experimento consistió en mostrar un vídeo donde se apreciaba a alguno de sus cuidadores, encerrado en una jaula, intentando coger un plátano ubicado en tres zonas específicas, el cuidador encerrado en la jaula disponía de herramientas para obtener su objetivo, cuando el cuidador realiza la acción para cumplir su objetivo los experimentadores fijan la imagen y muestran al chimpancé dos fotografías, una con la solución correcta y otra con la incorrecta para atrapar el plátano, la chimpancé Sarah acertó 21 veces sobre 24, después de varias experimentaciones discuten sobre las diversas interpretaciones del comportamiento donde concluyen que éste es capaz de atribuir al actor humano estados mentales tales como la intención y conocimiento, el argumento de los experimentadores es que el chimpancé supone que el cuidador desea conseguir el plátano y sabe cómo conseguirlo. (Tirapu, et. al, 2007). Otros investigadores como Barón-Cohen en su investigación de Teoría de la Mente y Autismo (2000) y Leslie (1987) con su publicación titulada, ¿Tiene el niño autista teoría de la mente? centran sus investigaciones en el autismo, para estos autores estos pacientes presentan graves problemas para teorías acerca de la mente de otras personas.

Para Tirapu et al. (2007) en el estudio de las mentes de niños con enfermedades como el autismo y asperger, los psicólogos desarrollaron pruebas, una es denominada 'la de falsa creencia' y otra 'la de la falsa fotografía'. En los inicios la teoría de la mente estuvo limitada al estudio de la etiología del autismo y se propone como causa de los trastornos generalizados del desarrollo por la ausencia de teoría de la mente, el primer test que se desarrolló para evaluar la teoría de la mente consistía en el reconocimiento de las falsas creencias.

El estudio de la TOM en sus inicios estuvo limitado a la primatología y trastornos generalizados del desarrollo, después se extendió a las alteraciones de daño cerebral adquirido, la esquizofrenia y las alteraciones resultantes con el envejecimiento (Fig. 3).

2.2.2.2 Teoría de la mente y Neuropsicología. La cognición social comprende un fundamento neuropsicológico, estructuras cerebrales y áreas que están comprendidas en la teoría de la mente, tanto como regiones anteriores, posteriores, límbicas y paralímbicas, la corteza prefrontal tiene una importancia especial en el funcionamiento y proceso de la teoría de la mente, en concreto dos zonas, la corteza prefrontal ventromedial que está relacionada con los procesos de nivel afectivo, como lo es el reconocimiento de los estados afectivos tanto en uno mismo como en los demás, reconocimiento de las emociones básicas por medio de la expresión facial, empatía y la interpretación de la prosodia, y la zona de la corteza prefrontal dorsolateral que está relacionada con el proceso de nivel cognitivo, como el reconocimiento de estados mentales cognitivos de los demás y la percepción de la causalidad. (Serra, 2015).

2.2.2.3 Teoría de la mente en la esquizofrenia. Anna Serra define a la teoría de la mente de la siguiente manera:

La conciencia de que otras tienen creencias, intenciones y deseos, que pueden diferir de las nuestras o de la realidad y, por lo tanto, se considera un proceso metacognitivo ya que requiere la comprensión cognitiva de los estados mentales propios o ajenos. (2015)

Mediante esta definición la teoría de la mente implica el conocer que cada una de las personas tiene pensamientos, creencias, gustos, deseos e intenciones que son distintos a los nuestros, constituidos por criterios personales que pueden llegar a ser diferentes a los propios.

La teoría de la mente ingresa al estudio de la esquizofrenia precedida de estudios en el autismo infantil, el autor C. D. Frith introduce la TOM en la esquizofrenia, argumentando que un fallo en la metarrepresentación es la causa de las alteraciones cognitivas que subyacen a la sintomatología de los esquizofrénicos (Tirapu, Pérez, Erekatxo, Pelegrín., 2007).

Estudios empíricos	Metodología	
	Tarea para medir ToM	Conclusiones
Corcoran y cols., 1995 (64)	Pruebas de insinuación, deducción de las intenciones utilizando el estilo indirecto. No se controla CI	Déficit en ToM en pacientes con síntomas negativos, trastornos del pensamiento o ideas delirantes de persecución.
Frith y Corcoran, 1996 (65)	Viñetas de primer y 2º orden. Se controla CI y tratamiento con psicofármacos	Alteración más grave de ToM en pacientes con síntomas negativos o trastornos del pensamiento. Déficit en ToM: variable de estado
Corcoran y cols., 1995 (66)	Viñetas humorísticas	Alteración mayor en pacientes con síntomas negativos o trastornos del pensamiento. Sin alteración en individuos asintomáticos.
Safarti y cols., 1997 (67)	Tiras cómicas	Dificultad en la ToM en pacientes con esquizofrenia con desorganización en el discurso y del pensamiento
Drury y cols., 1998 (68)	Pruebas de falsa creencia de 2º orden y prueba de metáforas para evaluar creencias de primer orden. Se controla CI.	Alteración en la ejecución de las pruebas en pacientes de mayor gravedad y con mayor intensidad sintomática. Variable de estado
Safarti y cols., 1999 (69)	Tiras cómicas	demás en pacientes con niveles elevados de trastornos del pensamiento
Pilowsky y cols., 1999 (70)	Tareas de creencia real, de creencia valorativa, de decepción y de falsa creencia	Alteración en tarea de falsa creencia en niños con esquizofrenia. Las habilidades en ToM son iguales en la esquizofrenia paranoide que en la desorganizada o en la indiferenciada
Safarti y cols., 2000 (71)	Tareas de ToM antes y después de introducir material verbal	Beneficio de rehabilitación cognitiva en la habilidad de atribuir estados mentales a los otros pacientes esquizofrénicos
Pickup y Frith, 2001 (72)	Tareas de falsa creencia de primer y 2º orden. Se controla el CI. (esquizofrénicos con delirios tienen alteración en ToM pero menor CI)	Esquizofrénicos con alteraciones del comportamiento tienen mayor dificultad en la realización de las tareas de ToM pero menos que en autismo
Mazza y cols., 2001 (73)	Tareas de falsa creencia de primer y 2º orden	Peores resultados en esquizofrénicos que en sujetos controles, peores resultados en pacientes con pobreza psicomotora, distorsión de la realidad o desorganización
Pollice y cols., 2002 (74)	Tareas de falsa creencia de primer y 2º orden. Medición de función social mediante AD y DAS. Se controla CI.	Las tareas de ToM pueden ser útiles para desarrollar programas para reducir el deterioro social.

Figura 5. Estudios empíricos sobre la Teoría de la Mente.
Fuente: Rodriguez, T. Touriño, R. Cognición Social, 2010.

Las aportaciones de Chris Frith y Uta Frith tenían como objetivo la explicación de la sintomatología psicótica a partir de la alteración en la conciencia reflexiva lo que implica una incapacidad para la asociación de la conducta propia con las intenciones y para monitorizar las intenciones ajenas. En el estudio de Frith expone que la falta de conciencia de las propias intenciones desemboca en delirios de grandeza en la sintomatología positiva y despersonalización y falta de voluntad en la sintomatología negativa, cabe resaltar que este modelo es muy criticado por otros autores (Serra, 2015).

Según Frith y Corcoran (cómo se citó en Lieberman, Stroup y Perkins, 2010) durante el desarrollo de la persona se despliegan dos tipos de teoría de la mente, una de primer orden, la cual es la capacidad de entendimiento de una creencia falsa y otra de segundo orden, que hace referencia a la capacidad de entendimiento que una persona puede tener una creencia falsa de otra persona. Al año de edad el niño desarrolla la capacidad de atención con respecto a un estímulo, siendo lo principal el contacto ocular con sus cuidadores, en el segundo año se desarrolla la gesticulación, a los tres años se desarrolla el vocabulario y la adopción de nuevos términos, a los cuatro años se presenta la teoría de la mente de primer orden y de ocho a once años se desarrolla la teoría de la mente de segundo orden.

2.2.2.3 Metacognición y Habilidades Sociales. La definición de metacognición implica de manera explícita la presencia de dos sistemas cognitivos diferentes, cada persona tiene un sistema cognitivo distinto, este sistema cognitivo está compuesto por creencias, pensamientos, sentimientos y emociones. Cuando hablamos de metacognición se está de acuerdo que es un tema de estudio en la esquizofrenia que ocupa un lugar en la cognición social, siendo parte ésta de la psicología social.

Los procesos que demandan la interrelación entre los individuos requiere de una correcta y equilibrada percepción e interpretación entre los dos sistemas cognitivos. En el ejercicio social, los pacientes con esquizofrenia se caracterizan por la disminución en la interacción social, debido al deterioro cognitivo que compromete cada sistema cognitivo y en consecuencia afecta las habilidades sociales. Las habilidades sociales están controladas por los procesos metacognitivos, que son la atención, percepción y regulación del propio estado de ánimo para la interacción consecuente con otra persona. Los pacientes con esquizofrenia tienen una percepción errónea de los sentimientos y emociones de las demás personas afectando la percepción, interpretación del individuo. Para Lieberman Stroup y Perkins (2010) la teoría de la mente se encuentra relacionada con el funcionamiento social general y las habilidades sociales.

2.2.3 Habilidades Sociales

Existe una frase bien conocida que describe a ser humano dentro de las relaciones con sus semejantes y es que los seres humanos son “animales sociales”, lo que determina una actitud que conlleva la relación y comunicación con otras personas de manera inherente. Para Caballo (2007) en la introducción de su libro relacionado a las habilidades sociales expresa la siguiente en relación del papel social del ser humano:

La comunicación interpersonal es una parte esencial de la actividad humana. Ya que virtualmente casi todas las horas en que estamos despiertos las pasamos en alguna forma de interacción social –bien sobre la base de uno a uno o a lo largo de una diversidad de grupos-, el discurrir de nuestras vidas está determinado, al menos parcialmente, por el rango de nuestras habilidades sociales. (p.7).

La comunicación interpersonal es una actividad innata del ser humano y la realiza durante toda su vida, teniendo en cuenta lo citado por Caballo, el transcurso de la vida de las personas

está determinado de forma parcial al menos por las habilidades sociales. La importancia de las habilidades sociales está marcada por su relación con la calidad de vida y la felicidad, es popular el saber que el pasar más tiempo en actividades sociales, desarrollar una personalidad sociable, extrovertida son base suficiente para aclarar la importancia de las habilidades sociales.

Cuando se trata de trastornos psicológicos el tema de habilidades sociales está presente en la evaluación y el tratamiento, porque hace relación en la interacción de las personas con la situación, el contacto del individuo con su ambiente social. De esta forma las habilidades sociales se convierten en un “puente” entre el individuo y su ambiente. Está relación descrita entre individuo y ambiente lo señala Phillips:

Con un análisis de las habilidades sociales válido y funcional, la conducta del individuo no necesita ser explicada por medio de modelos cognitivos ni que sea entendida en términos de categorías nosológicas; las habilidades sociales llegan a convertirse en los lazos de conexión en ambos casos. (como se citó en Caballo, 2007, p. 8)

La definición de habilidades sociales ha estado sujeta a varios cambios y también se ha limitado por la consideración de la cultura. Caballo (2007) en relación a lo mencionado, propone que un criterio absoluto de habilidad social es difícil de hacerlo, factores como la edad, sexo, educación constituyen limitantes, sumado a esto cada persona tiene un estilo único de interacción. Por consiguiente, Argyle, Kelly y Linehan (como se citó en Caballo, 2007) la conducta socialmente habilidosa debería definirse, en términos de la eficacia de su función en una situación, en vez de en términos de su topografía, aunque los problemas con respecto a emplear las consecuencias como no habilidosas o antisociales.

Vicente Caballo menciona una definición en base al estudio de otras y dice:

La Conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas. (como se citó en Caballo, 2007, p. 6).

2.2.3.1 Importancia de las habilidades sociales. Existen herramientas que permiten el desarrollo saludable en las personas de habilidades sociales, un ejemplo práctico aplicado a lo social es el denominado entrenamiento en habilidades sociales. Vicente Caballo expresa la importancia de esta técnica y lo relaciona con la utilidad social:

El entrenamiento en habilidades sociales es la técnica de elección hoy en día en muchos campos. Muchos problemas se pueden definir en términos de déficit en habilidades sociales. Puesto que, como hemos señalado anteriormente, el hombre es esencialmente un “animal social”, existirán pocos trastornos psicológicos en los que no esté implicado, en mayor o menor medida el ambiente social que rodea al sujeto. (2007, p.8).

El entrenamiento en habilidades social constituye una parte fundamental en el tratamiento. Se encuentra en diferentes situaciones en las cuáles las habilidades sociales están alteradas cómo lo son: los problemas en las relaciones de pareja, la depresión, la ansiedad social, la esquizofrenia y la delincuencia que constituyen en su dinámica cómo problemas adaptativos dentro de la psicopatología. De esta forma el trabajo terapéutico en las habilidades sociales es evidentes la importancia en el área de la salud mental.

2.2.3.2 Habilidades sociales y sus componentes. Los componentes que conforman indicadores en las habilidades según Gismero en su escala son: autoexpresión de situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones, iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto.

- La autoexpresión de situaciones sociales: hace referencia a la capacidad que tiene el individuo de poder expresarse de manera espontánea sin la presencia de la ansiedad en diferentes contextos sociales. Estos contextos se pueden considerar entretener laborales, tiendas, grupos de personas y reuniones sociales. Cuando la capacidad de autoexpresión en el contexto social es adecuada, el individuo tiene la capacidad de expresar ideas, opiniones y los sentimientos.
- Defensa de los propios derechos como consumidor: hace referencia a las conductas que son de carácter asertivo frente a personas que son desconocidas, situación que está relacionada al consumo, por ejemplo, en situaciones donde la persona está en una fila y se encuentra una persona que quiere ingresar a la fila, también petición en lugares como tiendas descuentos, la devolución de un producto defectuoso.
- Expresión de Enfado o Disconformidad: hace referencia a la capacidad de emociones de enfado, disconformidad, desacuerdo que son justificadas por la situación con otros individuos. La deficiencia de esta capacidad muestra la dificultad para poder manifestar diferencias, y puede optar por una actitud de silencio cuando está disconforme hacia cosas que no son de su agrado, evitando situaciones que generen conflicto.

- Decir No y cortar interacciones: hace referencia a la habilidad para detener interacciones que son del agrado de la persona, situaciones que se desean cortar pueden ser con vendedores, amigos que desean conversar en momentos donde deseamos detener la conversación, situaciones donde se desea detener la relación que se mantiene con alguien.
- Hacer Peticiones: hace referencia a la capacidad de hacer peticiones que deseamos hacerlas a otras personas, que pueden ser amigos, conocidos, por ejemplo, la devolución de algo prestado o pedir un favor, también peticiones que son referentes hacia diferentes servicios que se necesite, tienda, restaurante. La baja capacidad de hacer peticiones indica la dificultad mientras una adecuada capacidad indica una facilidad para hacer peticiones.
- Iniciar interacciones positivas con miembros del sexo opuesto: esta capacidad hace referencia a la capacidad de comenzar con interacciones con miembros del sexo opuesto, cómo lo son pedir una cita, iniciar una conversación, emitir un cumplido.

Desde el punto de vista de Caballo (1993), los componentes de las habilidades sociales se analizan desde un nivel global, que contiene elementos generales, subjetivos y cualitativos. Como por ejemplo la defensa de los derechos, la capacidad de actuar con eficacia en las entrevistas laborales.

Otro nivel de análisis es objetivo, refiriéndose a este como el contacto quinestésico un ejemplo de ello es el contacto ocular, la sonrisa, la postura, volumen de la voz.

Paralelamente los componentes de las habilidades sociales se clasifican en componentes verbales, no verbales, cognitivos, fisiológicos y situacional ambiental.

Según Pérez (2000), las habilidades sociales contienen:

- **Componentes motores manifiestos:** abrazar, mirar, jugar con alguien, etc.
- **Componentes emocionales y afectivos:** ansiedad, motivación, alegría, tristeza
- **Componentes cognitivos:** percepción, comunicación de las normas sociales, autoinstrucciones.

De acuerdo con Bellack, Mueser, Ginderich & Agestra (1997), los elementos que componen las habilidades sociales se dividen en dos grandes grupos: las facultades de expresión y las receptivas. Las habilidades de expresión, contribuyen a la calidad del desempeño social, existen tres categorías en los comportamientos de la expresividad:

- El comportamiento verbal se refiere a lo que expresamos en palabras: la forma, estructura, contenido y cantidad de palabras que emitimos.
- El termino paralingüístico se refiere a las características de la voz durante el discurso, incluido el volumen, el ritmo, la entonación y el tono.
- El comportamiento no verbal también incide en las relaciones interpersonales. La expresión facial es por lo general la primera señal del estado emocional, una sonrisa, el ceño fruncido, una mueca

Según Caballo (1993), los componentes más utilizados de las Habilidades Sociales han sido: contacto ocular, las cualidades de la voz, el tiempo de conversación y el contenido verbal de la misma.

Las habilidades receptivas se refieren a la atención e interpretación de signos relevantes y el reconocimiento de la emoción. Esta combinación de atención, análisis y conocimiento

se conoce como percepción social. Los esquizofrénicos tienen una dificultad particular en esta área (Bellack et al., 1997).

2.2.3.4 Habilidades sociales y esquizofrenia. La esquizofrenia tiene como consecuencias problemas en el rendimiento social por lo tanto la calidad de las relaciones interpersonales presenta un deterioro. La sintomatología negativa en la esquizofrenia compromete en gran medida las habilidades sociales. Según el estudio de Jiménez y Vásquez (2004) titulado la habilidad social y el funcionamiento social en la esquizofrenia, tiene el objetivo de indagar la relación que existe entre estos dos componentes, donde los resultados confirman la existencia de una relación estrecha entre la habilidad social y el funcionamiento social, donde la mayor habilidad social genera más nivel de funcionamiento social. Según Hansen (2006), la disfunción social en personas con esquizofrenia se da en tres circunstancias: cuando la persona no sabe cómo desempeñarse de forma apropiada, cuando no utiliza las habilidades sociales necesarias en su repertorio, o cuando el comportamiento socialmente inapropiado socava al comportamiento apropiado (Bellack, et al., 1987).

Gran parte de las personas con esquizofrenia poseen déficits en el desempeño social, específicamente en:

- **Autocuidados:** falta de higiene personal, hábitos de vida no saludables.
- **Autonomía:** deficiente manejo del dinero, falta de autonomía en el manejo de transportes, dependencia económica y mal desempeño laboral.
- **Autocontrol:** incapacidad en el manejo de situaciones de estrés, falta de competencia personal.
- **Relaciones interpersonales:** falta de red social, déficits en habilidades sociales.

- **Funcionamiento cognitivo:** dificultades de atención, percepción, concentración y procesamiento de la información.

En general, las personas con enfermedad mental crónica tienen un escaso contacto ocular, gestos, posturas y expresión facial inapropiada y muy escasa participación social espontánea (Rodríguez, 2007).

Incluido a esto, los síntomas negativos generan pobreza en el discurso, disminución de interacción interpersonal. Los pacientes tienen dificultad para comunicar sus sentimientos, no pueden expresar sus necesidades, miedos. Por lo tanto, el objetivo terapéutico es ayudar a los pacientes a interactuar con otros, por ejemplo, incorporar ejercicios que enfoquen las interacciones más elementales, otro ejemplo, iniciar y sostener una conversación (Miller, Mason, 2004).

Las intervenciones para el entrenamiento de habilidades sociales suponen una reducción de los síntomas negativos. Destacando la mejoría en la apatía-abulia, anhedonia y la pobreza afectiva. Además, el entrenamiento habilidades sociales aporta mejoras en la psicopatología psicótica general, el funcionamiento psicosocial, la percepción de bienestar global y la autoestima (Villata, M, Moreno, J, Navarro, D, & Carrasco, O, 2009).

Del mismo modo las intervenciones verbales y sociales en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia demuestran una esperanza, cuando éstas se utilizan con la medicación óptima. Además, la intervención de la familia en la terapia reduce el promedio de recaída y mejora el funcionamiento social.

Por lo tanto, integrar en el proceso terapéutico el entrenamiento de las habilidades sociales permite mejorar los procesos cognitivos como la memoria y la atención, mejora la motivación y la seguridad de sí mismos, contribuyendo a mejorar las habilidades laborales (Kuipers, 2007).

2.2.3.3 Habilidades Sociales y su ejercicio en esquizofrenia. El entrenamiento en habilidades sociales (EHS), se encuentra entre las técnicas más utilizadas para el tratamiento de los problemas psicológicos, demostrando la mejoría de la efectividad interpersonal y la mejoría de la calidad de vida de los pacientes (Caballo, 1998).

Los entrenamientos deben realizarse sobre situaciones de la vida real de los pacientes, utilizando la técnica de resolución de problemas siempre que sea posible, con el fin de desarrollar una actitud constructiva ante el surgimiento de un problema (Rodríguez, 2007).

Los modelos de entrenamiento más utilizados desde la década del ochenta son de tres tipos. El primer modelo, denominado atencional se aplica cuando el paciente tiene un gran deterioro en las capacidades cognitivas básicas. Se utiliza de forma individual para entrenar habilidades básicas de comunicación en pacientes con grandes dificultades para mantener la atención.

El segundo modelo, utilizado con personas que son capaces de mantener la atención por un periodo superior a la media hora, trata de instaurar habilidades conversacionales y respuestas asertivas utilizando técnicas de modelado, role-play.

El tercer modelo se centra en el entrenamiento en resolución de problemas sociales, siguiendo unos pasos que incluyen identificación del problema, definición de metas, generación y evaluación de alternativas y elección de la opción más adecuada (Rodríguez, 2007).

El EHS se define como un conjunto técnicas basadas en aprendizaje social orientado a que el paciente aprenda de manera sistemática nuevas habilidades interpersonales, como por ejemplo comenzar una conversación, expresar sentimientos negativos o positivos, el compromiso y la negociación (Muñoz Molina & Ruiz Cala, 2007).

El proceso de EHS implica cuatro elementos:

- Entrenamiento de habilidades donde se enseñan conductas específicas, se practican y se integran en el repertorio conductual del sujeto.
- Reducción de ansiedad en situaciones problemáticas.
- Reestructuración cognitiva en donde se intentan modificar valores, creencias, cogniciones.
- Entrenamiento en solución de problemas (Caballo, 1993).

2.2.3.3.1 Otras Intervenciones en Esquizofrenia. Durante las últimas décadas se ha contemplado un importante avance en la búsqueda de terapias eficaces para el tratamiento psicológico de la esquizofrenia (Bellack et al., 1987).

Como sostiene Liberman (2004), los múltiples estudios confirman que la recuperación de la esquizofrenia se puede dar bajo dos condiciones:

- Cuando el trastorno se trata en un momento precoz de su evolución.
- Cuando las formas más crónicas del trastorno se tratan durante periodos prolongados de tiempo con servicios globales, bien coordinados y continuos.

Existe un amplio rango de estrategias cognitivas-conductuales aplicables a la esquizofrenia, por ejemplo: terapia familiar, estrategias de afrontamiento para controlar los síntomas psicóticos (Caballo, 2007).

Intervenciones con las familias, se trabajan abordando cuatro modalidades:

- Educación sobre la enfermedad.
- Entrenamiento de habilidades de comunicación
- Estrategias de habilidades de solución de problemas
- Aplicaciones de habilidades cognitivo-conductuales específicas para el afrontamiento de situaciones especiales.

En otros casos las intervenciones están compuestas por una metodología práctica con técnicas que persiguen el entrenamiento en habilidades y la mejoría de los comportamientos y el rol social. Las técnicas más aplicadas son técnicas de manejo de estrés, rehabilitación laboral, programas de intervenciones comunitarias y la rehabilitación cognitiva (Villata et al., 2009).

Las terapias psicosociales tienen como objetivo ayudar a las personas con enfermedades mentales crónicas en su integración en la vida social, ayudándola a recuperar su dignidad como persona y como ciudadano (Rodríguez, 2007).

2.3 Plan Terapéutico para el Entrenamiento de la Metacognición

El presente plan terapéutico para el entrenamiento del proceso metacognitivo de la teoría de la mente recoge información contenida en el Manual del Programa de Entrenamiento en Cognición Social (PECS), diseñado por el equipo del proyecto Social Cognition on Rehabilitation in Schizophrenia (SCORES) que pertenece al Instituto de Investigaciones

Psiquiátricas de las Hermanas Hospitalarias del Centro Hospitalario Padre Menni. El objetivo general del PECS es la mejoría de las interacciones que los pacientes establecen con los individuos de su entorno. En este apartado se utiliza el módulo número dos perteneciente a la Teoría de la mente.

2.3.1 Manejo Terapéutico de la Teoría de la Mente

Para el manejo terapéutico específico de la teoría de la mente se dedican nueve sesiones para el entrenamiento de las siguientes temáticas: definición de teoría de la mente, comprensión del lenguaje de doble sentido: indirectas, ironías, refranes y metáforas, manejo adecuado de la información, errores en la teoría de la mente: interpretación literal y salto a conclusiones, salto a conclusiones: diferenciar entre lo que sabemos y lo que suponemos.

2.3.2 Modo de Aplicación

El plan de entrenamiento para la teoría de la mente está compuesto por 7 sesiones, en cada una de las sesiones el terapeuta deberá exponer y enseñar al paciente la temática respectiva, el rol activo del terapeuta está centrado en que el paciente comprenda la teoría de la mente en base al fundamento teórico y ejemplos que son expuestos al paciente. El rol del paciente es de aprender y ser consciente de la teoría de la mente. También cómo parte de la cognición en el paciente de base social está que el terapeuta oriente en el paciente la comprensión de la deducción, cómo proceso metacognitivo en la relación comunicativa con otra persona.

La duración de la sesión será de 45 a 50 minutos, se puede utilizar en pacientes internados y ambulatorios. Es importante adecuar cada sesión al nivel de comprensión del paciente, las nueve sesiones pueden ser trabajadas dependiendo del avance del paciente en algunas sesiones, las

nueve sesiones son pautas representativas para el tratamiento, que han de ser seguidas en consideración del terapeuta.

Se podrá hacer uso de material didáctico, multimedia, en base a la creatividad del terapeuta con el objetivo de reforzar la dinámica de cada una de las sesiones.

2.3.3 Sesiones y Temáticas

Cada una de las sesiones lleva un orden de la primera en consecuencia hasta la novena, para trabajar teoría de la mente, a continuación, se indicará la temática de cada sesión.

1. **Sesión Uno:** Definición de la Teoría de la mente y su diferenciación con los síntomas de la esquizofrenia.
2. **Sesión Dos:** Explicar el lenguaje de doble sentido, indirectas, ironías, refranes y metáforas.
3. **Sesión Tres:** Mejorar y evitar errores en el manejo de la información.
4. **Sesión Cuatro:** Entrenamiento de los contenidos teóricos vistos, reforzar la comprensión del lenguaje en doble sentido.
5. **Sesión Cinco:** Continuar con el entrenamiento de los contenidos teóricos vistos, reforzar el manejo adecuado de la información, evitar el salto a conclusiones.
6. **Sesión Seis:** Explicar el concepto de estilo atribucional.
7. **Sesión Siete:** Diferenciar entre estilo atribucional interno y externo.
8. **Sesión Ocho:** Entrenar los contenidos teóricos vistos.
9. **Sesión Nueve:** Personalizar los contenidos teóricos vistos.

A continuación, se muestra los contenidos del programa recogidos de forma parcialmente exacta a los contenidos del módulo antes mencionado.

Sesión Uno

Objetivos:

- Definir la teoría de la mente
- Diferenciar la teoría de la mente de los síntomas de la esquizofrenia

Desarrollo

La acción del terapeuta durante el desarrollo desde un punto inicial es el comentar los siguientes temas:

- La teoría de la mente, consiste en la capacidad de darnos cuenta de que cada una de las personas tiene sus propios pensamientos, creencias, opiniones, gustos, deseos o intenciones. Desde lo básico el reconocimiento de que el otro es una persona diferente a mi persona, con unos criterios propios que pueden ser iguales o diferentes con los propios.
- La teoría de la mente implica que se puede saber cuáles son los pensamientos, opiniones, creencias o intenciones. Esto quiere decir que existen pistas para llegar a la deducción de lo que los demás desean o lo que dar a tender sin mencionarlo de forma concreta.
- La teoría de la mente también consiste en el uso que hacemos de las deducciones que hacemos de los demás para explicar o predecir su comportamiento y sus emociones, en este proceso pueda que tengamos constantes errores.
- La teoría de la mente en su nivel más complejo, hace referencia a la capacidad de darnos cuenta de que cada persona también realiza deducciones sobre los pensamientos o deseos que tenemos.

Las pistas que son de mayor uso para la deducción son las siguientes:

- La comprensión del lenguaje en doble sentido: el uso del lenguaje en doble sentido, consiste en decir una cosa que tiene un significado diferente al literal. Los casos donde

hay el uso del lenguaje en doble sentido es en los refranes, estos no deben ser interpretados literalmente. En consecuencia, es erróneo la interpretación literal en algunas situaciones, y existen otras situaciones donde es correcto la interpretación literal.

- El conocimiento que se posee de los demás: la información que se tiene sobre las demás personas está sujeto a lo que sabemos de ellos, esto quiere decir mientras más se conoce a una persona podemos hacer deducciones sobre lo que desean, les gusta o piensan referente a un tema.

Antes de culminar la sesión, el terapeuta tiene que aclarar la diferente existente entre lo comentado sobre la teoría de la mente y los síntomas de la esquizofrenia. Seguidamente se expone las diferencias:

1. La teoría de la mente es la capacidad que posee todo individuo. Niños de 4 o 5 años ya son capaces de hacer deducciones correctas acerca de las intenciones de otras personas. Y los síntomas están claramente relacionados a una enfermedad.
2. En el uso de la teoría de la mente se es consciente de que las deducciones que se realizan sobre las demás personas pueden ser carácter erróneo. En cambio, en los síntomas no hay duda.
3. Es visible que la producción de deducciones mediante la teoría de la mente, siempre está baso en un prueba o indicio, como lo es, en el caso de los mensajes en doble sentido o la información que se tiene de los demás. Como ejemplo, todos otorgamos un significado a los refranes. Ahora en el caso de las ideas delirantes son interpretaciones sin fundamento evidente, o se basan en situaciones circunstanciales a los que se les da un significado personal.

4. En una idea delirante las intenciones de las demás personas por lo general están cargadas de un prejuicio hacia sí mismo.

Sesión Dos

Objetivos:

- Explicar el lenguaje de doble sentido
- Analizar elementos frecuentes del lenguaje de doble sentido, en concreto; indirectas, ironías, refranes y metáforas.

Desarrollo

Durante esta sesión se va a utilizar ejemplos que ilustren el lenguaje de doble sentido, reconociendo la importancia de comprender de forma correcta este lenguaje, para poder interpretar de forma correcta lo que las demás personas expresan sobre mí. El comprender este lenguaje tiene como meta final el mejoramiento de las relaciones sociales.

Antecediendo al acto de comenzar a exponer los ejemplos es necesario explicar que usamos el lenguaje de doble sentido cuando se expresa algo que se considera inadecuado mencionarlo de forma literal o directa. Igual se hace uso cuando se plantea peticiones que pueden resultar violentas. Se utiliza como ejemplos indirectos, ironías, refranes y metáforas.

Sesión Tres

Objetivos:

- Mejorar el manejo de la información
- Evitar errores en el manejo de la información el salto a conclusiones.

Desarrollo

El terapeuta expondrá que una forma óptima para la deducción correcta de las intenciones de las personas es el manejo adecuado de la información con la que contamos. A continuación, se indican tres puntos claros:

1. ¿Qué conocer acerca de los demás? Mientras tenemos mayor conocimiento de alguien sobre sus gustos, opiniones relativos a un tema, intereses, o cómo reacciona frente a las emociones de alegría, triste o enfadado. Esto mejora la deducción. Como ejemplo, cuando una persona conocida se enoja cuando llego tarde, cuando quedamos en llegar a una hora indicada, entonces puedo deducir que la próxima vez que haga lo mismo se va a enojar.
2. La falta de información para la deducción correcta sobre otras personas. Por ejemplo, cuando una persona saluda a otra conocida en la calle, y piensa que no le ha saludado por que se encuentra enojado hacia ella.

Establecer la diferencia entre los elementos que mencionados es importante para el correcto entendimiento del paciente. Hay que dejar en claro que las deducciones correctas son aquellas que son preguntadas directamente a la persona. El tomar en cuenta que las deducciones pueden ser erróneas, se produce el salto a conclusiones, y este consiste en la tendencia de generar conclusiones que se dan por correctas sin la disposición de información suficiente.

Sesión Cuatro

Objetivos:

- Entrenar los contenidos teóricos vistos

- Reforzar la comprensión del lenguaje de doble sentido y el manejo adecuado de la información
- Personalizar la teoría vista

Desarrollo

Se realizará ejercicios que consisten en el entrenamiento de los elementos vistos del lenguaje de doble sentido, los ejercicios a utilizar pueden consistir en el análisis de canciones o poesías, en este caso se solicitará la paciente traer letras de canciones o poesías que sean de su agrado, donde se analizará buscando el lenguaje de doble sentido y buscan encontrar el significado.

Sesión Cinco

Objetivos:

- Entrenar los contenidos teóricos vistos
- Reforzar el manejo adecuado de la información
- Evitar el salto a conclusiones

Desarrollo

Reforzar los ejercicios conviene para poder tener la mayoría de datos posibles sobre una situación antes de generar una conclusión, y la importancia del contraste de la conclusión antes de ponerla por hecho cómo correcta y tomar decisiones concretas.

Sesión Seis

Objetivos:

- Explicar el concepto de estilo atribucional

Desarrollo

El terapeuta mediante herramientas para enseñar cómo diapositivas, refuerza las siguientes ideas sobre el estilo atribucional.

- **El estilo atribucional** consiste en el intento de la búsqueda de las causas que ocurren, algo que todos los individuos hacemos. En el momento que nos acontece algo, nos formulamos la pregunta, ¿por qué me pasa a mí esto? Las respuestas a la interrogante que hagamos para explicarla es lo que consiste en el estilo atribucional.
- **Estilo atribucional interno:** es la utilización del estilo atribucional para la explicación de las cosas positivas y negativas que nos acontecen poseen ventajas y sus inconvenientes.

Ventajas o consecuencias positivas:

- **Refuerza la autoestima:** si tengo el pensamiento de que soy responsable de los sucesos positivos que me suceden, me convengo de que poseo la capacidad de tener éxito en lo que me planteo y de obtener las metas que me proponga. Por lo tanto. Conseguiré una buena autoimagen que se refuerza con cada éxito. Resultando la idea: “Tengo éxito gracias a mí”
- **El aumento de la confianza de sí mismo:** esto esta relaciona y derivado de lo dicho antes. Lo peligroso de esto es tener una confianza en exceso de confianza en sí mismo, lo que resultaría en ideas sobrevaloradas relacionadas a las capacidades de uno mismo y una actitud preponderante. Estas consecuencias afectarán y crearán inconvenientes del estilo atribucional interno.
- **Aumento de la sensación de control:** esto se implicará la idea de que el control de la vida la tengo yo mismo, esto significa que uno es el que toma las decisiones y plantea los objetivos. En otras palabras, pienso que tengo la capacidad de direccionar mi vida a mi preferencia.

- **Genera una actitud optimista:** esta creencia de auto capacidad de poder conseguir éxito en lo planteado junto con la idea de yo tengo el control de mi vida, genera una actitud de confianza. En cortas palabras optimismo.

Inconveniente o consecuencias negativas

- **Nivel alto de exigencia hacia uno mismo:** esto consiste en que puede resultar una exigencia alta sobre uno mismo. Esto puede generar en un perfeccionismo.
- **Se producen auto-reproches:** cuando pasan situaciones negativas o acontecimientos que no dan cómo lo planeado, lo más cercano a resultar es la idea de que ha sido un error propio, algo que no lo hice bien, me equivoque, provocando que me lo repita y termine convenciéndome de lo inepto o poco apto que soy.
- **Sentimientos de culpa:** como resultado de lo anterior, los sentimientos de culpabilidad por lo que no salió cómo yo quería, pueden comenzar a aparecer y repetirse estas ideas auto culpándose y afectando al estado de ánimo.

Ideas sobrevaloradas: esto significa que si se cree demasiado que uno es capaz de obtener todo lo que desee, aquí se puede generar una sobrevaloración, de las propias cualidades y capacidades.

Actitud de prepotencia: esto significa una sobrevaloración de las capacidades que poseo, puede generarse un comportamiento prepotente, menospreciando a las demás, pudiendo haber comparaciones en las que se puede salir ganando. La persona puede terminar convencido que él es el mejor que las demás.

- El error del estilo atribucional interno consiste en la exageración de la responsabilidad personal, sin tomar en cuenta qué otros aspectos que influyen las situaciones.

- Estilo atribucional externo: consiste en tomar en cuenta a causas externas para la explicación de las situaciones que me acontecen y poseen sus ventajas e inconvenientes.

Sesión Siete

Objetivos:

- Diferenciar entre estilo atribucional interno y externo según el tipo de suceso
- Relacionar los estilos atribucionales con la enfermedad mental, en concreto, con la depresión y la esquizofrenia.
- Ver las ideas delirantes como un sobreatribución

Desarrollo

El terapeuta empieza recordando que es mejor el uso a la vez de los dos estilos atribucionales, y tener la capacidad de pensar en las causas internas y externas para la explicación de situaciones que nos suceden.

Esquizofrenia: las personas con esquizofrenia pueden manifestar una sobreatribución, esto significa, una tendencia marcada al uso solamente de uno de los dos estilos atribucionales para explicar sucesos tanto positivos como negativos.

Mediante el uso de ejemplos el terapeuta hará el intento de que los pacientes observen la relación entre realizar sobreatribuciones internas o externas y la presencia de ideas delirantes. También se propondrá que las ideas delirantes se pueden entender cómo el resultado de hacer una sobreatribución, y la manera de poder manejar estas ideas es mediante la búsqueda de explicaciones alternativas. El terapeuta pondrá atención en las ideas delirantes de referencia y de perjuicio, por ser las más frecuentes.

Sesión Ocho

Objetivos:

- Entrenar los contenidos teóricos vistos

Desarrollo

Se realizará los ejercicios, en los que se entrenan la identificación de los estilos atribucionales, mediante ejemplos.

Sesión Nueve

Objetivos:

- Personalizar los contenidos teóricos vistos

Desarrollo

El objetivo de estos ejercicios es que los pacientes llegar a aceptar el analizar las ideas delirantes desde el punto de vista de sobreatribuciones, dando importancia y repitiendo la posibilidad de que exista una explicación alternativa que no consista en una idea delirante. Se puede hacer uso de ejemplos concretos de situaciones que pasen los pacientes y buscar explicaciones alternativas.

2.3 HIPÓTESIS

La metacognición influye en las habilidades sociales en los pacientes con esquizofrenia del Psiquiatría del Instituto Psiquiatrico Sagrado Corazón, de Quito, periodo mayo – octubre 2016.

2.4 Variables

2.4.1 Variable Independiente

Metacognición

2.4.2 Variable Dependiente

Habilidades Sociales

2.5 Definición de Términos Básicos

Alogia: consiste en la disfunción de la comunicación, caracterizado por un retraso en la fluidez y productividad del pensamiento y el discurso. (PSICODE, 2015).

Cognición Emocional: La capacidad para reconocer e interpretar las emociones de otros, sobre todo a partir de señales como la expresión facial y el tono de voz, y para interpretar correctamente los sentimientos propios. (Diccionario APA, 2010).

Insight: se entiende como un fenómeno cognitivo en el que se llega a la solución o comprensión de un conflicto en asociación con una vivencia afectiva de sorpresa y certeza ante el descubrimiento. Este concepto juega un rol muy importante en el contexto psicoterapéutico en cuanto a su papel en los procesos de cura y su relación con procesos cognitivos tan relevantes como el aprendizaje, la creatividad y las estrategias de resolución de problemas. (Álvarez, 2013).

Metaemoción: La consciencia y la actitud del individuo hacia sus emociones y las emociones de otros. Por ejemplo, algunas personas tienen actitudes negativas hacia la ira en sí mismo o en cualquier otra persona; a otros les gusta alentarla. (Diccionario APA, 2010).

Metarrepresentación: Capacidad de generar relaciones representacionales acerca de las relaciones representaciones o representaciones de segundo orden relativas a estados mentales, por ejemplo, en el caso de un juego de niños donde fingen que un plátano es un teléfono, otro ejemplo es un niño que puede representar del mundo físico y expresa “está lloviendo”, mientras

que en un nivel metarrepresentacional incluye un estado mental y lo expresaría “Ella cree que está lloviendo”. (Ortiz,2001).

Pensamiento circunstancial: Es un trastorno del pensamiento, en el cual se nota un abundante flujo de ideas, relacionadas ellas entre sí, distanciándose del concepto que se desea transmitir, dando múltiples rodeos, pero logrando finalmente volver al tema. Estudio del psicoanálisis y psicología. (2006).

Pensamiento Laxo: trastorno del pensamiento que consiste en el deterioro del pensamiento lógico, que es perceptible en el discurso del paciente en forma reducida. (Rivera, 2006)

Percepción social: categoría cognoscitiva que está conformada por un conjunto de relaciones conceptuales que permite identificar, un objeto y atribuirle características o cualidades y clasificarlo como equivalente a otros. Por ejemplo, cuando se observa a cierta persona y pensamos: “es un obrero de construcción”, el captar sensorialmente la imagen de la persona no es suficiente para determinar lo que esa persona es. (Campos, 2005).

Pensamiento tangencial: Es un trastorno del pensamiento, en el cual se nota que el flujo de ideas, relacionadas ellas entre sí, están al margen del tema en cuestión el cual no queda nunca claramente definido, ni se vuelve a retomar: Dando como impresión que el paciente evitara, tocar el tema. Estudio del psicoanálisis y psicología. (Rivera 2006).

Prosodia: El lenguaje verbal, además de los componentes gramatical y semántico propios del hemisferio izquierdo, se enriquece de un tercer componente denominado prosodia. La prosodia define aquellos elementos del lenguaje tales como la melodía, entonación, énfasis, acentuación,

pausas y tiempos que refuerzan la comunicación pudiendo, por ejemplo, transformar una aseveración rotunda en una pregunta, así como transmitir diferentes estados de ánimo. (Peña, 2007).

CAPITULO III

Marco Metodológico

La investigación tiene un enfoque cuantitativo porque la variable independiente metacognición y la variable dependiente habilidades sociales en pacientes con esquizofrenia, se lo realiza mediante el análisis y medición estadística.

3.1 Diseño de la Investigación

3.1.1 Transversal

La investigación es de tipo transversal porque se lo efectúa en un tiempo definido, Mayo - Octubre 2016.

3.2 Tipo de Investigación

3.2.1 De Campo

La presente investigación asume la modalidad de estudio de campo, porque se realizó en las unidades de psiquiatría del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón de la ciudad de Quito, lugar respectivo para la aplicación de la metodología propuesta en el cumplimiento de objetivos programados.

3.2.2 Bibliográfico

El contenido y argumentación teórica de la investigación es recogida mediante recursos bibliográficos, a través de la utilización de libros y revistas científicas.

3.3 Del Nivel de la Investigación

3.3.1 Descriptiva

El nivel de investigación está enfocado en buscar las propiedades y las características que describen la influencia de la Metacognición en las habilidades sociales en pacientes con

esquizofrenia. Los componentes son sujetos a medición mediante el uso de baterías psicológicas respectivas para describir la realidad de las variables. En un estudio descriptivo se selecciona a una serie de cuestiones y se somete a medición o recoge información relacionada al grupo de pacientes. (Ruiz, 2012).

3.4 Población y Muestra

3.4.1 Población

La población de esta investigación constituye 35 pacientes diagnosticados con esquizofrenia paranoide del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, que se encuentran en período de internamiento.

3.4.2 Muestra

La muestra es no probabilística y está constituida por 14 pacientes (7 hombres, 7 mujeres) diagnosticados con esquizofrenia paranoide del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, que se encuentran en período de internamiento.

3.4.2.1 Criterios de Inclusión. A continuación, se mencionan:

- Pacientes diagnosticados con esquizofrenia de tipo paranoide, porque el deterioro de las metacogniciones en este tipo de esquizofrenia es de posible tratamiento.
- Pacientes que están en proceso de internamiento
- Pacientes voluntarios hacia el proyecto de investigación
- Pacientes que no presenten un deterioro significativo que comprometa de forma compleja su salud física

3.4.2.2 Criterios de Exclusión. A continuación, se mencionan:

- Pacientes diagnosticados con tipo de esquizofrenia (desorganizada, catatónica, residual, indiferenciada) diferente a la paranoide, porque presentan un deterioro grave de las metacogniciones.
- Pacientes que presentan un deterioro significativo que comprometa de forma compleja su salud física
- Pacientes no voluntarios hacia el proceso de investigación
- Pacientes que presentan discapacidad física

3.5 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

3.5.1 Técnicas

3.5.1.1 Reactivos psicológicos. Los instrumentos de evaluación psicológica son las técnicas mediante las cuales se recogen los datos referentes a las características psicológicas de las personas estudiadas. Los instrumentos psicológicos son contruidos en base a teorías psicológicas que intentan explicar el comportamiento humano. (González, 2010)

3.5.2 Instrumentos

3.5.2.1 Escala de Habilidades Sociales de Gismero (EHS) Adaptado (2006). Esta escala se aplicó a los 14 pacientes con esquizofrenia con el objetivo de establecer el nivel de las habilidades sociales La escala de habilidades sociales de Gismero en su versión definitiva, está compuesto por 33 ítems, 28 de los cuales están redactados en el sentido de falta de aserción o déficit en habilidades sociales y 5 de ellos en el sentido positivo. Consta de 4 alternativas de respuesta, desde, no me identifico en absoluto y me sentiría o actuaría así en la mayoría de los casos. A mayor puntaje global el sujeto expresa más habilidades sociales y capacidades de aserción en distintos contextos. El análisis factorial final ha revelado 6 factores: auto expresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado

o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones e iniciar interacciones positivas con el sexo opuesto. Sus ámbitos de aplicación preferentes son el clínico, educativo y el de investigación con adolescentes y adultos. El tiempo que se requiere para su contestación es de aproximadamente de 15 min y evaluación de las áreas con su respectiva puntuación se las califica con un Nivel Alto de habilidades sociales en caso de una puntuación alta, con un Nivel Medio en caso de una puntuación intermedia en referencia al punto de corte o un Nivel Bajo de habilidades sociales en el caso de una puntuación inferior con respecto del punto de corte.

3.5.2.2 Escala de Metaconocimiento (TMMS-24 Trait Meta Mood Scale). Esta escala se fue aplicada a los 14 pacientes con esquizofrenia para identificar el grado de las dimensiones metacognitivas. La TMMS-24 está basada en Trait Meta-Mood Scale (TMMS) del grupo de investigación de Salovey y Mayer. La escala original es una escala rasgo que evalúa el metaconocimiento de los estados emocionales mediante 48 ítems. En concreto, las destrezas con las que se puede ser conscientes de nuestras propias emociones, así como de nuestra capacidad para regularlas. La TMMS-24 evalúa tres dimensiones claves de la metacognición con 8 ítems cada una de ellas: Percepción emocional, Comprensión de sentimientos y Regulación emocional, el resultado en la aplicación de la escala evalúa con un Adecuado Grado de la dimensión específica si la puntuación lo indica en el rango de la normalidad o con el Déficit si la puntuación es inferior.

3.5 Procedimiento para el Análisis e Interpretación de Resultados

En el proceso de la aplicación de escalas psicológicas de Metaconocimiento TMMS 24 y Habilidades Sociales de Gismero intervinieron los profesionales a cargo de los pacientes que conocen la dinámica social del paciente. Los resultados obtenidos fueron sujetos al análisis e

interpretación a través de software con funciones de estadística básica, como Microsoft Word y Excel, consecuentemente mediante estas herramientas informáticas se graficó mediante diagrama pastel y tablas donde representa el porcentaje y valores generados, finalmente con el contingente de información resultante se procede a la construcción y desarrollo de las conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO IV

4.1 Análisis e Interpretación de Resultados

4.1.1 Resultados y puntuaciones de la Escala de Metacognición TMMS-24

Tabla Nº 1

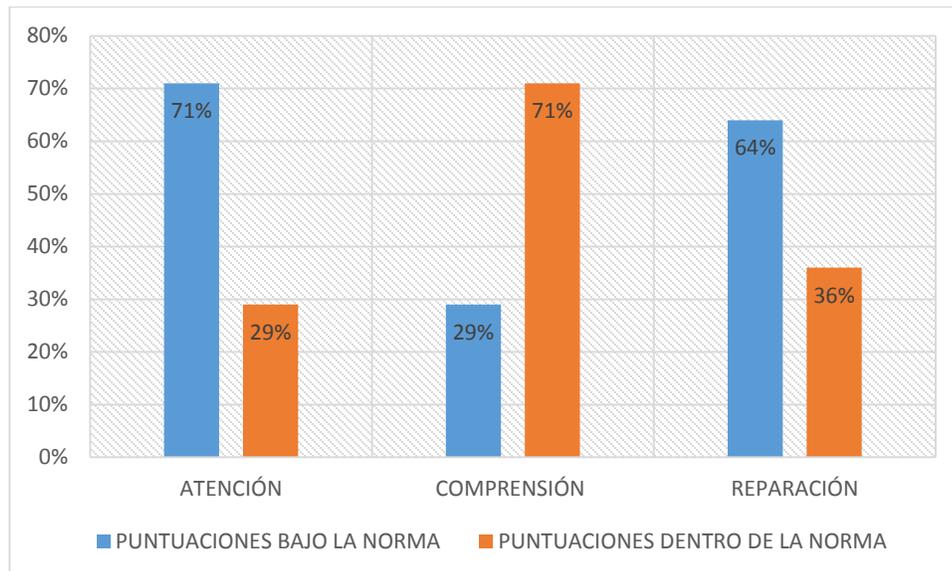
DIMENSIONES METACOGNITIVAS	PUNTUACIONES BAJO LA NORMA		PUNTUACIONES DENTRO DE LA NORMA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
ATENCIÓN	10	71	4	29	14	100
COMPRESIÓN	4	29	10	71	14	100
REPARACIÓN	9	64	5	36	14	100

Fuente: Test de Metaconocimiento TMMS 24 aplicado a pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Elaborado por: Ángel Gómez, Jorge Tumaili

Gráfico Nº 1

4.1.2 Resultados de la Escala de Metacognición TMMS-24



Fuente: Test de Metaconocimiento TMMS 24 aplicado a pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Elaborado por: Angel Gomez, Jorge Tumaili

Análisis

La dimensión metacognitiva de la atención presenta un deterioro significativo por puntuaciones bajas que generan un 71% de afectación siendo la dimensión con mayor afectación. La dimensión metacognitiva de claridad emocional está deteriorado en una menor cantidad con un 29%, siendo esta la dimensión con menor afectación. La dimensión de reparación está deteriorada de forma significativa un 64%.

Interpretación

Los pacientes con esquizofrenia presentaban alteraciones en el área cognitiva, e interpersonal, en este caso a través de la escala de metaconocimiento podemos evidenciar que la afectación se encuentra ligada a la percepción emocional pues ellos han perdido la capacidad de sentir y expresar los sentimientos en una forma adecuada, según un estudio de la Universidad de Estocolmo en Suecia los pacientes diagnosticados con esquizofrenia pierden dichas capacidades pues no logran expresar emociones negativas, aunque en investigaciones posteriores se demostró que tienen cierta capacidad para demostrar asco y desprecio cuando se encuentran frente al personal médico. Se determinó que existe también afectación en la dimensión de reparación haciendo alusión a la capacidad de regular sus estados emocionales de la manera adecuada, por último existe un margen reducido de pacientes que presentan índices bajos en el área de claridad, siendo éste responsable de la interpretación de sus propios sentimientos se podría determinar este como un apartado debido a que los pacientes con esquizofrenia tienen un déficit de reconocimiento y discriminación de emociones faciales, mientras que los estados asociados con el propio individuo se representan de distinta manera, igual que pasa con rostros familiares.

4.1.3 Resultados y puntuaciones de EHS de Gismero para medir el nivel de habilidades sociales.

Tabla Nº 2

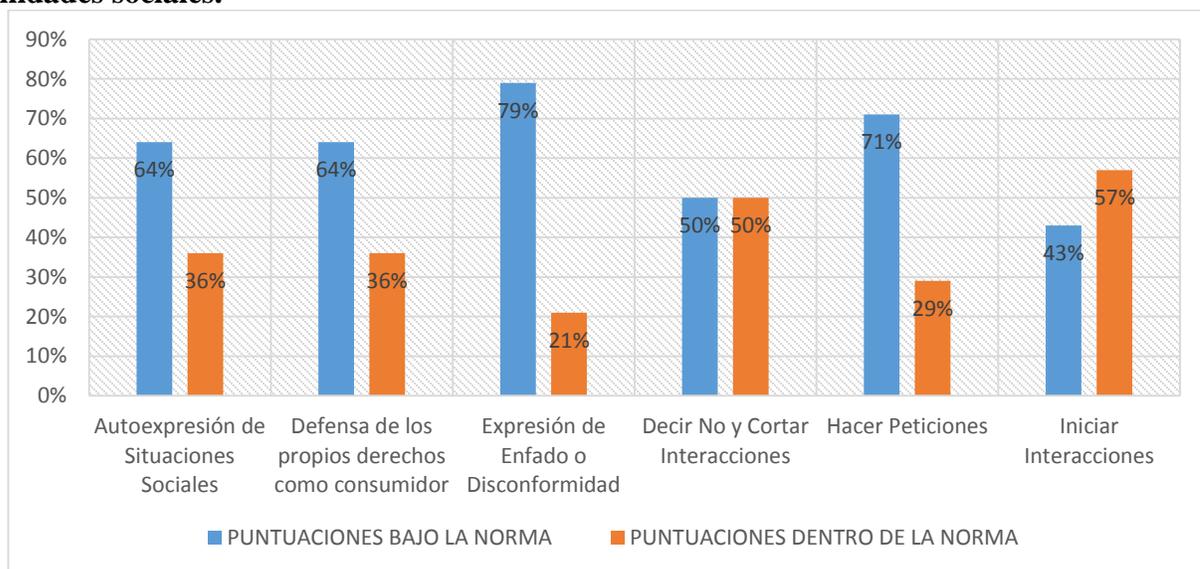
ÁREAS	PUNTUACIONES BAJO LA NORMA		PUNTUACIONES DENTRO DE LA NORMA		TOTAL	
	f	%	f	%	F	%
Autoexpresión de Situaciones Sociales	9	64	5	36	14	100
Defensa de los propios derechos como consumidor	9	64	5	36	14	100
Expresión de Enfado o Disconformidad	11	79	3	21	14	100
Decir No y Cortar Interacciones	7	50	7	50	14	100
Hacer Peticiones	10	71	4	29	14	100
Iniciar Interacciones	6	43	8	57	14	100

Fuente: Test de Habilidades Sociales de Gismero aplicado a pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Elaborado por: Ángel Gómez, Jorge Tumaili

Gráfico Nº 2

4.1.4 Resultado de la Escala de Habilidades EHS de Gismero para medir el nivel de habilidades sociales.



Fuente: Test de Habilidades Sociales de Gismero aplicado a pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón.

Elaborado por: Angel Gomez, Jorge Tumailli

Análisis

En la presente tabla, se representa el área de Autoexpresión de situaciones sociales en los cuales un 64% de paciente se encuentran bajo la norma, en el caso del área de Defensa de los propios derechos como consumidor 64% de afectación, en el área de expresión de enfado o disconformidad existe 79% , en la IV área de que representa decir no y cortar interacciones 5 de 7 pacientes presentan puntuaciones bajo la norma, en el área de hacer peticiones de 7 pacientes 5 se encuentran afectados arrojando puntuaciones bajas, en el área de Iniciar interacciones 5 de 7 pacientes no logran iniciar una interacción correcta con los pacientes.

Interpretación

Las dimensiones más afectadas en el test de Gismero son autoexpresión en situaciones sociales, defensa de los propios derechos como consumidor, expresión de enfado o disconformidad, decir no y cortar interacciones, hacer peticiones con el sexo opuesto, siendo esta información sostenida con los estudios del DSM IV-TR (APA, 2000), en él se argumenta que los pacientes con esquizofrenia además de los síntomas característicos como ideas delirantes y alucinaciones se generan también síntomas sociales como, aislamiento, disfunción social y laboral, siendo esta disfunción caracterizada con las expresiones emocionales del individuo e interacción social tanto con sus personas de su propio género como con las del sexo opuesto.

4.1.5 Resultados comparativos entre la Escala de Metacognición TMMS-24 y la Escala de Habilidades Sociales de Gismero

Tabla Nº 3

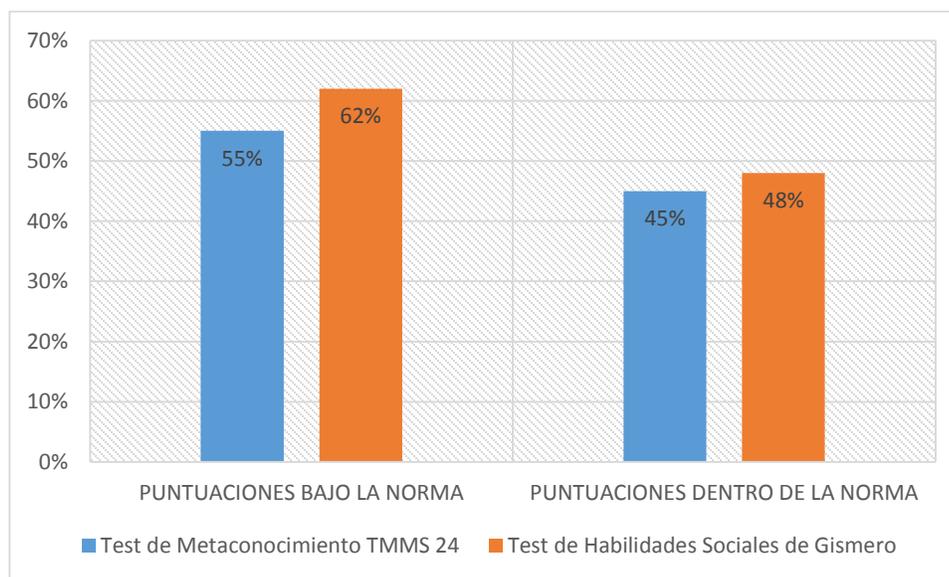
ESCALAS	PUNTUACIONES BAJO LA NORMA		PUNTUACIONES DENTRO DE LA NORMA		TOTAL	
	f	%	f	%	f	%
TEST DE METACONOCIMIENTO TMMS 24	8	55	6	45	14	100
TEST DE HABILIDADES SOCIALES DE GISMERO	9	62	5	48	14	100

Fuente: Test de Metaconocimiento TMMS 24 y Escala de Habilidades Sociales de Gismero, aplicado a pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiatrico Sagrado Corazón

Elaborado por: Ángel Gómez, Jorge Tumailli

Gráfico Nº 3

4.1.6 Resultados comparativos de la Escala de Metacognición TMMS-24 y Test de Habilidades Sociales de Gismero



Fuente: Test de Metaconocimiento TMMS 24 y Escala de Habilidades Sociales de Gismero, aplicado a pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón

Elaborado por: Ángel Gómez, Jorge Tumailli

Análisis

En puntuaciones globales el test de metaconocimiento emocional TMMS 24 arroja un resultado de 55% de personas que presentan afectación en las metacogniciones, mientras que en el test de habilidades sociales de Gismero se nota un 62% de grado de afectación.

Interpretación

Los datos obtenidos en la investigación sugieren un grave deterioro presente en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia en las habilidades sociales y metacogniciones. Se evidencia que la carencia de habilidades disminuye de forma considerable la capacidad en el afrontamiento de la persona en su vida diaria. El nivel bajo de las habilidades sociales, muestra una relación con el deterioro que produce la enfermedad, principalmente en las metacogniciones asociados a la presencia de dos sistemas cognitivos que están compuestos por creencias, pensamientos, sentimientos y emociones.

Los pacientes con esquizofrenia presentan frecuentemente síntomas positivos como ilusiones y alucinaciones, que interfieren en los procesos cognitivos y dificultan la adquisición de información, desarrollo de habilidades y razonamiento necesarios para presentar un desempeño adecuado en la dinámica social, es inherente a este trastorno el deterioro de procesos cognitivos básicos incluyendo la disminución en la interacción social, debido al deterioro cognitivo que compromete a cada sistema cognitivo y en consecuencia afecta las habilidades sociales (Lieberman, 1987., Mueser et al., 1993), siendo las áreas más afectadas las de expresión de emociones e interacciones grupales. Las habilidades sociales están controladas por los procesos metacognitivos, los cuales están afectados, siendo las dimensiones de atención y regulación las que presentan un mayor deterioro dichas dimensiones son las encargadas de la regulación del propio estado de ánimo para la interacción consecuente con otra persona. Los pacientes con

esquizofrenia tienen una percepción errónea de los sentimientos y emociones de las demás personas afectando la percepción, interpretación del individuo. Para Lieberman Stroup y Perkins (2010) la teoría de la mente se encuentra relacionada con el funcionamiento social general y las habilidades sociales.

4.2 Comprobación de la Hipótesis

Con el presente trabajo de investigación se determinó por medio de los resultados obtenidos de la aplicación de la escala de metacognición TMMS-24 para evaluar las dimensiones metacognitivas que el 55% de pacientes presentan déficit en la atención, comprensión y regulación de las emociones propia y que el 62% de pacientes evidencian un nivel bajo de habilidades sociales. La afectación que se manifiesta en las habilidades sociales corresponde al déficit metacognitivo, porque las habilidades sociales están reguladas por medio del reconocimiento y regulación de las emociones propias de los pacientes, el déficit que se muestra en el conjunto de población bajo la norma corresponde al nivel en porcentaje del nivel bajo de habilidades sociales.

Por lo que se determina la influencia de la metacognición en las habilidades sociales de los pacientes con esquizofrenia del Instituto Psiquiátrico Sagrado Corazón, comprobando la hipótesis planteada.

CAPITULO V

Conclusiones y Recomendaciones

5.1 Conclusiones

- A través de la Escala de metaconocimiento (TMMS 24) se identificó que un 55% de los pacientes diagnosticados con esquizofrenia tienen puntuaciones por debajo la norma lo que evidencia la presencia de un deterioro de las metacogniciones, por otra parte las dimensiones más afectas son atención y reparación perteneciendo estas a la capacidad de expresión y regulación de sus propias emociones, existe una diferencia en el género los pacientes hombres una puntuación de 71% atención y 64% reparación, pudiéndose notar que presentan un mayor deterioro en los procesos metacognitivas a comparación de las pacientes mujeres, en los pacientes hombres existe un deterioro cognitivo más acelerado con relación a las mujeres, pues en generalidades los pacientes hombres presentan varios síntomas asociados a las funciones ejecutivas superiores antes que se presente el brote psicótico.
- Se reconoció a través de la Escala de Habilidades Sociales de Gismoero que existe un deterioro del 62% en las habilidades sociales en los pacientes diagnosticados con esquizofrenia, dicho rango hace referencia a la capacidad que presentan los pacientes para regular sus comportamientos, expresión de emociones, regulación de los estados emocionales, lo que genera lo que conocemos como síntoma negativo, el aislamiento social y la poca interacción con el ambiente, además en el caso de los pacientes hombres, la mayor afectación en los niveles de habilidades sociales se presenta en autoexpresión de situaciones sociales un 70%, defensa de los propios derechos como consumidor un 71%, expresión de enfado o disconformidad un 86%, decir no y cortar interacciones un 71%, e iniciar

interacciones 71%, en el caso de las mujeres presenta deterioro en el área de Expresión de Enfado o Disconformidad 71%, Hacer Peticiones con un 71% e Iniciar Interacciones con un 71%, determinándose que en los pacientes hombres con esquizofrenia se presenta con mayor frecuencia los síntomas negativos.

- La asociación que se genera entre metacogniciones y habilidades sociales en los pacientes con esquizofrenia se presenta en el área de atención la cual es la capacidad de sentir y expresarse de manera adecuada, si los pacientes no poseen este grado de metacognición no tienen un nivel adecuado de la habilidad social, principalmente del área de autoexpresión de situaciones sociales, expresión del enfado o disconformidad e iniciar interacciones, mientras que el grado metacognitivo de regulación la cual es encargada de la capacidad de regular los estados emocionales correctamente, se representa con la pérdida de la defensa de los propios derechos como consumidor.

5.2 Recomendaciones

- Aplicar el programa de entrenamiento en cognición social, enfocado en potenciar y mejorar los procesos de teoría de la mente y percepción de emociones para un mejor funcionamiento social, elaborado por el Proyecto Socers del Instituto de Investigaciones Psiquiátricas.
- Desarrollar programas terapéuticos enfocados al desarrollo de los procesos metacognitivos para mejorar el grado de metacognición de los pacientes y el rendimiento social de los pacientes internados.
- Incluir talleres con actividades de entrenamiento metacognitivo, para trabajar ideas, pensamientos y creencias que componen las áreas cognitivas para reducir los fallos en interpretaciones.
- Aplicar técnicas enfocadas a trabajar los procesos de deducción y atribución de significado a las experiencias sociales, para disminuir los sesgos en la interpretación de situaciones.
- Emplear programas de entrenamiento de habilidades sociales en los procesos terapéuticos para reducir el déficit en la adaptación social.

Bibliografía

- Álvarez Jesús, Arreche Yesica, Ayala Isabel, Pereira Carlos, Rodríguez Helider. (2013). *Terapias psicológicas*. Recuperado de: <https://terapiaspsicologicas.wordpress.com/2013/05/22/que-llamamos-insight/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2010). *Diccionario Conciso de Psicología*. D.F: México. Manual Moderno.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM V*. Madrid, España. Panamericana.
- Astington, J.W. y Baird, J.A. (2005). Introduction: Why Language Matters. En Astington, J.W. y Baird, J.A. *Why Language Matters for Theory of Mind* (3-25). Oxford: Oxford University Press.
- Baron, S. (2000). *Teoría de la mente y autismo, entendiendo otras mentes*. 2 ed. New York: Oxford University.
- Benavides Delgado, J. y Roncancio Moreno, M. (2011). Tres debates fundamentales en el campo de la Metacognición: aspectos teóricos y metodológicos. *Acta Colombiana de Psicología*, 14 (1), 109-118.
- Bengochea, R., Gil, D., Fernández, M., Arrieta, M. (2011). Teoría de la mente en esquizofrenia y su relación con otras variables. *Rehabilitación Psicosocial*, 8(1 y 2), 15-22.
- Bennasar, R. (2010). *Trastornos Psicóticos*. Barcelona, España: Ars Medica.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Siglo XXI.
- Caballo, V. (2007). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. Madrid: Siglo XXI.

- Campos, A. (2005). *Introducción a la psicología social*. San José, Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia
- Durá, I. Martínez, V. Ruiz, J. (2012). *Evaluación de la teoría de la mente en la esquizofrenia*. Universidad de Valencia, Facultad de Psicología. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/259496699_evaluacion_de_la_teor%C3%ADa_de_la_mente_en_la_esquizofrenia
- Estévez, A., García, C., Junqué, C. (1997). La atención: una compleja función cerebral. *REVNEUROL*. 25 (148).
- Estudio del psicoanálisis y psicología (2006). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica: psicopatología del pensamiento (Trastorno en la estructura del pensamiento)*. Recuperado de: <http://www.psicopsi.com/Psicopatologia-Semiologia-Psiquiatrica-PENSAMIENTO-Trastorno-estructura-pensamiento>
- Frith CD, Corcoran R. Exploring «theory of mind» in people with schizophrenia. *Psychol Med* 1996;26(3):521-30.
- Gil Builes, E.M. y Zambrano, R. (2009). *Metarrepresentación En La Esquizofrenia*. Universidad de Antioquia, Carmen de Viboral.
- González, F. (2010). *Instrumentos de Evaluación Psicológica*. Habana, Cuba. Ciencias Médicas.
- Guinea, A., Tirapu, J., Pollán, M. (2007). Teoría de la mente en la esquizofrenia. *Revista de Neuropsicología*., 33(14), 252-272.
- Jiménez, G. Vásquez, A. (2004). Habilidad social y funcionamiento social en pacientes con esquizofrenia. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 111-120

- Leslie, A. (1987). Presencia y representación: los orígenes de la teoría de la mente. *Psicología*, 94:412-36
- Liberman, R. (2004). Un enfoque empírico de la recuperación de la esquizofrenia: definir la recuperación e identificar los factores que pueden facilitarla. *Revista Rehabilitación Psicosocial*, 1 (1), 12-29. Recuperado el 18 de marzo de 2011 en: <http://www.psiquiatria.com/articulos/psicosis/esquizofrenia/20889/>
- Lieberman, J. Stroup, T. Perkins, D. (2010). *Tratado de Esquizofrenia*. Barcelona, España: Ars Medica.
- Masa Moreno, S. (2012). *Esquizofrenia y Metacognición* (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, España.
- Miller, R., & Mason, S. (2004). Cognitive enhancement therapy: A therapeutic treatment strategy for first-episode schizophrenia patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 68(3), 213-230. Retrieved from Psychology and Behavioral Sciences Collection database. Recuperado el 15 de noviembre de 2010 de la base de datos Infotrac.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2008). *Informe sobre el Sistema de Salud Mental en el Ecuador*. Quito, Pichincha.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Esquizofrenia*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/es/>
- OPS. (2015). *Clasificación de la Investigación*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_contentyview=articleid=10484%3A2015-clasificacion-de-la-investigacioncatid=7641%3Aeducacion-investigacion-consumidoryItemid=41284ylang=es

- Ortiz, A. (2001). Conciencia y Metarrepresentación. *Revista de Historia de la Psicología*. 22(3-4). Pp. 439-446
- Peña, J. (2007). *Neurología de la Conducta y Neuropsicología*. Madrid, España: Panamericana.
- Portela, M., Vírveda, A. y Gayubo, L. (2003). Revisión sobre el estudio de la teoría de la mente en trastornos generalizados del desarrollo y esquizofrenia. *ActasEspPsiquiatría*; 31(6):339-346.
- PSICODE, (2015). *Síntomas de la esquizofrenia*. Recuperado de <http://psicode.com/psicologia/sintomas-de-la-esquizofrenia-5-tipos>
- Rivera, T. (2006). *Psicopatología y Semiología Psiquiátrica: psicopatología del pensamiento (Trastorno en la estructura del pensamiento)*. Recuperado de: <http://www.psicopsi.com/Psicopatologia-Semiologia-Psiquiatrica-PENSAMIENTO-Trastorno-estructura-pensamiento>.
- Rodríguez, A. (2007). Intervención social en personas con enfermedades mentales graves y crónicas. Madrid: Síntesis.
- Rodríguez, S. Touriño, R. (2010). Cognición social en la esquizofrenia. *Archivos de Psiquiatría*, 79(9).
- Ruiz, J. I. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa*. Bilbao, España: Deusto.
- Serra Mayoral, A. (Abril de 2015). Teoría de la Mente en la Esquizofrenia. La Cognición Social, Un abordaje multidimensional. Congreso llevado a cabo en Bilbao, España.
- Servicio Murciano de Salud. (2009). *Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental*. Murcia, España.
- Social Cognition on Rehabilitation in Schizophrenia. *Programa de Entrenamiento en Cognición Social*. Recuperado de <http://www.proyectoscores.es/pecs.php>

- Tirapu, J., Pérez, G., M. Erekatxo., C. Pelegrín. (2007). ¿Qué es la metacognición? *Neurología*, 44(8), 479-489.
- Torres, C. (2012). *Esquizofrenia*. UTPL. Recuperado de <http://es.slideshare.net/videoconferencias/esquizofrenia-14792507>
- Uribe, C. (2010). *Una introducción a la cognición social: procesos y estructuras relacionados*. Colombia; Universidad Piloto de Colombia. Tomado de http://www.contextos-revista.com.co/Revista%204/A5_Una%20introduccion%20a%20la%20cognicion%20social.pdf
- Villata, M, Moreno, J, Navarro, D, Carrasco, O. (2009). Entrenamiento en habilidades de la vida diaria en personas con trastorno mental grave. Descripción de la intervención y estudio de casos. *Revista Neurología*, 13 (2), 20-32. Recuperado el 3 de mayo de 2011 en <http://www.neurologia.tv/revistas/index.php/psicologia.com/article/view/673/648>
- Vaughan, H. (2010). *Psicología Social*. Madrid, España: Panamericana.

ANEXOS

ANEXO No. 1

ESCALA DE HABILIDADES SOCIALES

NOMBRE:

EDAD:

FECHA:

EXAMINADOR:

INSTRUCCIONES:

A continuación, aparecen frases que describen diversas situaciones, se trata de que las lea muy atentamente y responda en qué medida se identifica o no con cada una de ellas, si le describe o no. No hay respuestas correctas ni incorrectas, lo importante es que responda con la máxima sinceridad posible.

Para responder utilice la siguiente clave:

A = No me identifico, en la mayoría de las veces no me ocurre o no lo haría.

B = No tiene que ver conmigo, aunque alguna vez me ocurra

C = Me describe aproximadamente, aunque no siempre actúe así o me sienta así

D = Muy de acuerdo, me sentiría así o actuaría así en la mayoría de los casos

Encierre con un círculo la letra escogida a la derecha, en la misma línea donde está la frase que está respondiendo.

1. A veces evito hacer preguntas por miedo a quedar mal.	A B C D
2. Me cuesta telefonar a tiendas, oficinas, etc. para preguntar algo	A B C D
3. Si al llegar a mi casa encuentro un defecto en algo que he comprado, voy a la tienda a devolverlo.	A B C D
4. Cuando en una tienda atienden antes a alguien que entro después que yo, me quedo callado.	A B C D
5. Si un vendedor insiste en enseñarme un producto que no deseo en absoluto, paso un mal rato para decirle que "NO"	A B C D

6. A veces me resulta difícil pedir que me devuelvan algo que deje prestado.	A B C D
7. Si en un restaurant no me traen la comida como le había pedido, llamo al camarero y pido que me hagan de nuevo.	A B C D
8. A veces no sé qué decir a personas atractivas al sexo opuesto.	A B C D
9. Muchas veces cuando tengo que hacer un halago no sé qué decir.	A B C D
10. Tiendo a guardar mis opiniones a mí mismo	A B C D
11. A veces evito ciertas reuniones sociales por miedo a hacer o decir alguna tontería.	A B C D
12. Si estoy en el cine y alguien me molesta con su conversación, me da mucho apuro pedirle que se calle.	A B C D
13. Cuando algún amigo expresa una opinión con la que estoy muy en desacuerdo prefiero callarme a manifestar abiertamente lo que yo pienso.	A B C D
14. Cuando tengo mucha prisa y me llama una amiga por teléfono, me cuesta mucho cortarla.	A B C D
15. Hay determinadas cosas que me disgusta prestar, pero si me las piden, no sé cómo negarme.	A B C D
16. Si salgo de una tienda y me doy cuenta de que me han dado mal vuelto, regreso allí a pedir el cambio correcto	A B C D
17. No me resulta fácil hacer un cumplido a alguien que me gusta.	A B C D
18. Si veo en una fiesta a una persona atractiva del sexo opuesto, tomo la iniciativa y me acerco a entablar conversación con ella.	A B C D
19. Me cuesta expresar mis sentimientos a los demás	A B C D
20. Si tuviera que buscar trabajo, preferiría escribir cartas de presentación a tener que pasar por entrevistas personales.	A B C D
21. Soy incapaz de regatear o pedir descuento al comprar algo.	A B C D
22. Cuando un familiar cercano me molesta, prefiero ocultar mis sentimientos antes que expresar mi enfado.	A B C D
23. Nunca se cómo “cortar “a un amigo que habla mucho	A B C D
24. Cuando decido que no me apetece volver a salir con una persona, me cuesta mucho comunicarle mi decisión	A B C D

25. Si un amigo al que he prestado cierta cantidad de dinero parece haberlo olvidado, se lo recuerdo.	A B C D
26. Me suele costar mucho pedir a un amigo que me haga un favor.	A B C D
27. Soy incapaz de pedir a alguien una cita	A B C D
28. Me siento turbado o violento cuando alguien del sexo opuesto me dice que le gusta algo de mi físico	A B C D
29. Me cuesta expresar mi opinión cuando estoy en grupo	A B C D
30. Cuando alguien se me "cuela" en una fila hago como si no me diera cuenta.	A B C D
31. Me cuesta mucho expresar mi ira, cólera, o enfado hacia el otro sexo, aunque tenga motivos justificados	A B C D
32. Muchas veces prefiero callarme o "quitarme de en medio" para evitar problemas con otras personas.	A B C D
33. Hay veces que no se negarme con alguien que no me apetece pero que me llama varias veces.	A B C D
TOTAL	

ANEXO No. 2

ESCALA DE METACOGNICIÓN (TRAIT META-MOOD SCALE)

TMMS-24

INSTRUCCIONES:

A continuación, encontrará algunas afirmaciones sobre sus emociones y sentimientos. Lea atentamente cada frase e indique por favor el grado de acuerdo o desacuerdo con respecto a las mismas. Señale con una "X" la respuesta que más se aproxime a sus preferencias.

No hay respuestas correctas o incorrectas, ni buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada respuesta.

1	2	3	4	5
Nada de Acuerdo	Algo de Acuerdo	Bastante de acuerdo	Muy de Acuerdo	Totalmente de acuerdo

1.	Presto mucha atención a los sentimientos.	1	2	3	4	5
2.	Normalmente me preocupo mucho por lo que siento.	1	2	3	4	5
3.	Normalmente dedico tiempo a pensar en mis emociones.	1	2	3	4	5
4.	Pienso que merece la pena prestar atención a mis emociones y estado	1	2	3	4	5
5.	Dejo que mis sentimientos afecten a mis pensamientos.	1	2	3	4	5
6.	Pienso en mi estado de ánimo constantemente.	1	2	3	4	5
7.	A menudo pienso en mis sentimientos.	1	2	3	4	5
8.	Presto mucha atención a cómo me siento.	1	2	3	4	5
9.	Tengo claros mis sentimientos.	1	2	3	4	5
10.	Frecuentemente puedo definir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
11.	Casi siempre sé cómo me siento.	1	2	3	4	5
12.	Normalmente conozco mis sentimientos sobre las personas.	1	2	3	4	5
13.	A menudo me doy cuenta de mis sentimientos en diferentes	1	2	3	4	5
14.	Siempre puedo decir cómo me siento.	1	2	3	4	5
15.	A veces puedo decir cuáles son mis emociones.	1	2	3	4	5

16.	Puedo llegar a comprender mis sentimientos.	1	2	3	4	5
17.	Aunque a veces me siento triste, suelo tener una visión optimista.	1	2	3	4	5
18.	Aunque me sienta mal, procuro pensar en cosas agradables.	1	2	3	4	5
19.	Cuando estoy triste, pienso en todos los placeres de la vida.	1	2	3	4	5
20.	Intento tener pensamientos positivos, aunque me sienta mal.	1	2	3	4	5
21.	Si doy demasiadas vueltas a las cosas, complicándolas, trato de	1	2	3	4	5
22.	Me preocupo por tener un buen estado de ánimo.	1	2	3	4	5
23.	Tengo mucha energía cuando me siento feliz.	1	2	3	4	5
24.	Cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo.	1	2	3	4	5